L'UNION MÉDICALE

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY. 24, rue Chauchat.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL

GÉRANT : le docteur G. RICHELOT.

Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis

RÉDACTEUR EN CHEF : le docteur EUGÈNE ROCHARD,

Chirurgien des hôpitaux

TROISIÈME SÉRIE

TOME CINQUANTE-SIXIÈME



PARIS,

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON

ANNÉE 1893

Sommaire

De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique

Après avoir créé l'acromégalie, on sait que M. Marie en sépara nettement certains faits d'ostéo-arthropathie survenus dans le cours d'affections pleuro-pulmonaires non tuberculeuses. Le nom d'*ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique*, qu'il donna à cette nouvelle affection, indique à la fois son siège et son origine.

Après avoir décrit soigneusement les cas qu'il observa à Cochin (*Revue de médecine*, janvier 1890), M. Marie démontra que plusieurs observations antérieures, — celle des frères Hagner, publiée par Friedreich (1) en 1868, celles de Fraentzel (2), Ewald (3), Saundby (4), etc., — qui avaient été dénommées acromégalie, différaient de cette affection par bien des points et n'étaient manifestement autre chose que des cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante.

Depuis le mémoire de M. Marie, plusieurs travaux ont paru sur ce sujet. Nous ne ferons que signaler ceux de Spillmann et Hausalter (5), de Thibierge (6), de Bamberger (7), de Rauzier (8), de Barié (9), d'Orillard (10), de Lefebvre (11), etc., qui apportaient de nouvelles observations et commençaient l'étude anatomo-pathologique de l'affection. Celle-ci était de la sorte bien délimitée, bien individualisée.

Dans ces derniers temps on a publié plusieurs cas d'ostéo-arthropatie hypertrophiante survenues chez les enfants [Moussous (12), Gillet (13), Moizard (14), Marfan (14)], et ces dernières observations sont des plus intéressantes, car elles ont permis de saisir l'affection à son début et d'en créer une forme aiguë et curable à côté de la forme chronique et persistante que l'on avait décrite jusque-là. La récente communication de M. Moizard à la Société médicale des hôpitaux et la thèse de son élève, M. Jamet, mettent bien en relief ces particularités.

---

(1) *Deutsch. Arch fur klin. méd.*, 1888.

(2) *Deutsch. méd. Wochenschrift*, août 1888.

(3) *Berliner klin. Wochensch*, mars 1889.

(4) *Illustr. méd. News*, 1889.

(5) *Revue de méd.*, janvier 1890.

(6) *Gaz. hebd. de méd.* et *de chir.*, mai 1890.

(7) *Zeitschrift fur klin. méd.*, 1890.

(8) *Revue de méd.*, décembre 1891.

(9) *Revue gén. de clin. et thérapeut.*, 1891.

(10) *Gaz. des hôp.*, juin 1892.

(11) *Thèse* de Paris, 1891.

(12) *Journal de médecine de Bordeaux*, oct. 1890.

(13) *Annales de la policlinique de Paris*, mai 1892.

(14) *Société médicale des hôpitaux*, 12 mai 1893.

Ce qui frappe tout d'abord dans l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, c'est la déformation des mains ; celles-ci sont, d'après l'expression des Allemands, de véritables « pattes ». Les phalangettes sont hypertrophiées, renflées ; le doigt est « en baguette de tambour » ; l'ongle est large, fortement incurvé dans tous les sens, bombé en forme de verre de montre, souvent d'une couleur rose vif, sitré longitudinalement, friable, aminci.

Tous les tissus de la phalangette peuvent prendre part à l'hypertrophie. La phalangette est séparée de la phalangine par un sillon circulaire, très net sur les doigts d'enfants, et peut-être placée en hyperextension.

Le reste des doigts, le reste de la main ne présentent aucune déformation ; c'est là un caractère qui différencie nettement l'ostéo-artropathie de l'acromégalie.

C'est par les phalangettes que débutent les lésions et elles peuvent y rester limitées. Les orteils présentent souvent les mêmes déformations. Dans les cas anciens, bien d'autres points du squelette sont atteints, et tout d'abord les poignets et les chevilles. Les extrémités osseuses sont, en ces points, élargies, volumineuses, et font des saillies plus ou moins considérables au-dessus des parties osseuses voisines qui ont conservé leurs dimensions normales. Les coudes, les genoux présentent les mêmes déformations ; la clavicule, surtout vers son extrémité externe, l'omoplate peuvent aussi être atteintes ; la colonne vertébrale n'est quelquefois pas épargnée et l'on voit alors des déviations plus ou moins accentuées, siégeant presque toujours aux régions dorsale inférieure et lombaire.

Enfin les os du crâne sont presque toujours respectés, et c'est là un autre grand caractère qui sépare l'ostéo-arthropathie de l'acromégalie. Néanmoins dans quelques cas, le maxillaire supérieur présente des déformations : voûte palatine profonde, en ogive, bords alvéolaires épaissis, élargis. Le maxillaire inférieur et le reste de la face sont normaux.

Au niveau de ces lésions, peu ou pas de douleur ; pas de phénomènes généraux, mais, dans quelques cas, d'autres troubles trophiques, eczéma, ichtyose, troubles pigmentaires, etc. Tels sont les principaux caractères de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. Ils la différencient trop nettement de certaines affections : acromégalie, ostéite déformante de Paget, rhumatisme chronique, ongles hippocratiques, etc., pour que nous insistions sur le diagnostic.

Une particularité assez remarquable de l'ostéo-artrhopathie, c'est que les lésions débutent toujours par les extrémités digitales. C'est du moins ce qui résulte de l'étude de l'affection chez les enfants et qui d'ailleurs se trouve aussi établi par ce fait que « dans aucun cas on n'a signalé de déformations ostéo articulaires d'origine pneumique sans déformations au moins concomittantes des phalanges unguéales aux mains et aux pieds ». (Lefebvre.) M. Marie avait déjà signalé cette particularité.

La marche de l'affection a été considérée comme essentiellement lente et chronique. Dans toutes les observations d'ostéo-arthropathie des adultes, en effet, les lésions ont mis des mois et des années avant d'atteindre un développement assez prononcé ; et, certes, il a fallu à M. Marie une étude approfondie des faits et une grande perspicacité pour reconnaître le rap-

port existant entre les lésions ostéo-arthropathiques et une affection pleuro-pulmonaire remontant souvent à plusieurs années.

L'étude de l'affection chez les enfants a permis de contrôler dans plusieurs cas le bien-fondé de la théorie pathogénique de M. Marie, en même temps qu'elle montrait que l'ostéo-arthropathie hypertrophiante peut revêtir une forme aiguë, rapide et curable. C'est cette forme aiguë que M. Moizard et son élève, M. Jamet, ont bien nettement établie.

« Peu après le début d'une pleurésie purulente, les premiers signes de l'ostéo-arthropathie pneumique sont manifestes dans le cas de Moussous. Un mois et demi après le début de la pleurésie, Gillet constate que les doigts sont hypertrophiés chez sa petite malade; enfin, dans notre cas, une enfant de cinq ans est atteinte, le 15 décembre 1892, d'une pneumonie suivie d'une pleurésie purulente. A la fin du même mois, ses parents remarquent que l'extrémité de ses doigts a considérablement grossi, et que les ongles ont pris une teinte rosée très accentuée. De même, dans l'observation de M. Moizard, on voit un enfant de six ans atteint le 10 janvier 1893 d'une pneumonie suivie d'une pleurésie; le 20 avril ses doigts sont déformés, l'ongle est en verre de montre et l'extrémité des phalangettes légèrement carminée. » (Jamet.)

La terminaison dans tous ces cas s'est faite d'une façon favorable; la disparition de l'ostéo-arthropathie a coïncidé avec la guérison des lésions pleurales.

On peut donc conclure, avec M. Jamet, que l'ostéo-arthropathie hypertrophiante n'a pas toujours une marche univoque, et que l'on peut décrire deux formes de l'affection, l'une chronique, l'autre aiguë. « La forme chronique est celle qui a frappé tout d'abord les premiers observateurs; elle semble principalement appartenir aux adultes. La forme aiguë, au contraire, n'a été jusqu'à présent constatée que chez les enfants. Peut-être cela est-il dû à la plus grande activité circulatoire, cellulaire et ostéo génique dans le jeune âge. »

La pathogénie de l'ostéo-arthropathie est encore obscure. L'influence d'une affection pleuro-pulmonaire antérieure a cependant bien été établie par M. Marie; l'origine pneumique semble incontestable dans un grand nombre de cas. « Sous l'influence de micro-organismes, la production au niveau de l'appareil respiratoire de substances purulentes ou fermentées, passant ensuite dans la circulation, exercerait une action élective sur certaines parties des os et des articulations pour déterminer les lésions de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante. » (Marie.)

Les toxines qui détermineraient ces lésions sont absolument inconnues. Bamberger a bien tenté des expériences avec l'expectoration de malades atteints de dilatation bronchique; mais ces expériences n'ont donné que des résultats négatifs; de même, Dor, de Lyon, en 1892, ayant inoculé des lapins avec un ganglion lupique, détermina chez eux des déformations des extrémités osseuses; mais ces lésions n'étaient nullement celles de l'ostéo-arthropathie.

D'autre part, l'origine pleuro-pulmonaire ne peut être admise pour tous les cas. M. Marie lui-même le fait remarquer. Récemment, M. Marfan a observé un cas d'ostéo-arthropathie chez une fillette atteinte de cystite avec pyélo-néphrite droite, dans l'urine de laquelle Achard et Renault avaient

trouvé le bactérium coli ; elle n'avait, d'autre part, aucune altération des voies respiratoires ni de l'appareil vasculaire.

Mais si le nom de pneumique ne convient pas à tous les cas d'ostéo-arthropathie, le mécanisme de sa production, tel que l'explique M. Marie, (passage dans la circulation de substances purulentes ou fermentées), reste très plausible. M. Jamet a observé chez une de ses malades, une « turgescence oscillante » des phalangettes coïncidant avec les oscillations de la température. Ces oscillations de la turgescence seraient dues au « passage dans la circulation d'une plus grande quantité de toxines qui allaient d'une part influencer les centres thermogènes bulbaires et, d'autre part, exercer leur action élective sur les tissus des phalangettes ». (Jamet.)

Il faut citer aussi l'ingénieuse hypothèse pathogénique de M. Jamet qui, comparant les lésions de l'ostéo-arthropathie à celles d'une ostéo-myélite subaiguë, se demande si l'on ne pourrait trouver, dans les parties osseuses malades, des microorganismes ayant eu, comme porte d'entrée dans la circulation générale, les lésions pleuro-pulmonaires qu'ils ont déterminées.

Plusieurs auteurs ont tout récemment incriminé la syphilis dans la production de l'ostéo-arthropathie (Hendrich, Smirnof, Mocbins, etc). La syphylis manquait dans un trop grand nombre d'observations antérieurement publiées pour qu'on puisse la considérer comme cause première de l'affection.

On le voit, il y a encore bien des inconnues dans la pathogénie de l'ostéo-arthropathie. La rapprocher des ongles hippocratiques des tuberculeux ou des ongles anoxhémiques des cardiaques, comme on l'a fait, ce n'est que reculer la difficulté et non la surmonter. Toutes ces déformations sont évidemment dues à des causes voisines et analogues, encore très obscures, et qui appellent de nouvelles recherches.

Assurance des médecins contre les accidents professionnels

Le docteur Brisson avait contracté, en 1886, avec la Compagnie *Le Secours*, un contrat d'assurance en cas de décès par accident et notamment d'accidents survenus dans l'exercice de sa profession. Les primes furent payées régulièrement. Le docteur Brisson négligea d'informer sa famille de l'existence de ce contrat.

En 1886, le docteur Brisson se fit, à la main, une petite écorchure sans importance. Le lendemain de ce léger accident, notre confrère pratiqua l'ouverture d'un abcès et reçut sur le point écorché un jet de pus.

Il n'y fit point attention. Ceci se passait le 11 février. Jusqu'au 18, le docteur Brisson n'éprouva aucun accident. Mais ce jour-là débuta un phlegmon du bras qui s'accompagna très rapidement de phénomènes généraux des plus graves, et notre confrère succomba le 23 février.

En rangeant les papiers de son père, M. Brisson fils trouva le contrat d'assurance. Aussitôt, le 1er mars, il avertit la Compagnie du décès, de sa cause et des circonstances et la mit en demeure de verser l'indemnité de 15,000 francs, qui était stipulée.

La Compagnie refusa nécessairement de payer. Elle invoquait, pour la non-exécution du contrat, les trois motifs suivants :

1° L'accident auquel avait succombé le docteur Brisson ne se trouvait pas au nombre des cas stipulés;

2° La déclaration de l'accident n'avait pas eu lieu dans les délais prévus;

3° Enfin, le docteur Brisson avait commis une *faute lourde*, entraînant la nullité du contrat, en ne prenant pas, tant à propos de son écorchure que lors de l'ouverture de l'abcès, des précautions antiseptiques suffisantes.

Devant ce refus, Mme veuve Brisson et M. Brisson fils intentèrent une action civile à la Compagnie *Le Secours*.

L'affaire est venue récemment devant le tribunal civil de la Seine qui a prononcé le jugement suivant, donnant satisfaction aux très légitimes réclamations des héritiers du docteur Brisson :

« Attendu que les consorts Brisson ont formé contre la Compagnie d'assurances contre les accidents *Le Secours* une demande en payement de 15,000 francs à raison du décès de Jean-Eugène Brisson ;

« Attendu que, etc...

« Attendu que la mort du docteur Brisson est survenue à la suite d'un phlegmon, qui lui-même avait eu pour cause le contact du pus d'un malade sur une écorchure que le docteur Brisson portait à la main ;

« Attendu qu'à la demande, la Compagnie *Le Secours* oppose trois moyens de déchéance;

« Attendu que la Compagnie prétend d'abord qu'elle aurait été avisée tardivement, et qu'il y aurait eu ainsi violation de l'article 8 des conditions générales de la police;

« Attendu, à la vérité, que ledit article 8 stipule que le souscripteur ou ses ayants droit sont tenus d'adresser à la Compagnie, dans les huit jours qui suivent l'accident, leur déclaration et le certificat de médecin appelé à donner ses soins à l'assuré;

« Mais attendu que, si le docteur Brisson s'est fait à la main gauche, le 10 février, une écorchure qui, le 11 février, a été atteinte par un jet de pus au moment où le docteur Brisson ouvrit un abcès à un malade, ni l'un ni l'autre de ces deux faits ne constituait par lui-même un accident qui fût de nature à faire prévoir au docteur Brisson la nécessité de faire prévenir dès lors la Compagnie;

« Qu'il résulte d'un certificat produit que, même le 17 février, on ne pouvait prévoir le phlegmon qui ne s'est manifesté qne le 18;

« Attendu qu'il résulte du même certificat que, dès que le phlegmon s'est déclaré, le docteur Brisson s'est trouvé dans un état comateux absolu qui a duré jusqu'à sa mort ; attendu que le docteur Brisson n'a donc pas été en faute de ne pas avertir la Compagnie;

« Attendu que les consorts Brisson, la dame Brisson et Brisson fils, ignoraient l'assurance contractée par le docteur Brisson, et que c'est seulement en classant les papiers du défunt qu'ils ont découvert la police d'assurance;

« Attendu que Brisson fils a immédiatement fait, le 1er mars 1890, c'est-à-dire moins de 8 jours après la mort, la déclaration prescrite par l'article 8 de la police; que cette déclaration n'a donc pas été tardive;

« Attendu que la Compagnie prétend en outre que la cause de la mort ne rentrerait pas dans les cas prévus par le contrat d'assurance;

« Mais attendu que la police prévoit le cas de mort « par phlegmon », « piqûres anatomiques », etc.

« Attendu que, soit qu'on lise les trois mots, comme s'il y avait phlegmon, suite de piqûre anatomique, soit qu'on lise ces mots comme s'il y avait phlegmon et piqûre anatomique, la maladie qui a été la cause de la mort de Brisson rentrait dans l'une et l'au-

tre interprétation de la police; qu'en effet le décès est dû à un phlegmon, suite d'une piqûre anatomique.

« Attendu que, sans l'avoir relevée dans ses conclusions, la Compagnie *Le Secours* a fait plaider que la demande des consorts Brisson doit être rejetée, parce que le docteur Brisson a négligé de prendre une précaution que, d'ailleurs, ne paraissait rendre nécessaire ni la très légère écorchure que portait à la main le docteur Brisson, ni la très peu importante opération d'ouverture d'un abcès du pouce, qu'il devait faire le 11 février;

« Attendu que le docteur Brisson n'a donc pas commis la faute lourde équivalente au dol, qui puisse faire déclarer résilié le contrat d'assurance;

« Par ces motifs,

« Condamne la Compagnie *Le Secours* à payer aux consorts Brisson la somme de 15,000 francs, avec intérêts de droit;

« Et condamne la Compagnie *Le Secours* en tous les dépens. »

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 juin 1893. — Présidence de M. Périer.

De l'application de l'électrolyse au traitement des rétrécissements de l'urèthre

Revenant sur la question du traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse, soulevée par le rapport de M. Tuffier relatif aux recherches expérimentales formulées sur ce sujet par M. Desnos, M. Bazy communique les résultats de sa pratique personnelle dans cet ordre d'idées. Il a employé, d'une part, l'électrolyse circulaire avec des courants de 2 ou 3 milliampères, et d'autre part l'électrolyse linéaire avec des courants de 25 à 40 milliampères. Les résultats n'ont pas été ceux qu'on pouvait attendre, d'après les assertions des défenseurs de la méthode, et, plusieurs fois, M. Bazy a dû recourir à l'uréthrectomie interne pour guérir des malades qu'il avait vainement traités par l'électrolyse.

Des appendicites et de leur traitement

A propos de la nature de certaines appendicites à répétition se rapprochant des cas que M. Reclus a rapporté dans la dernière séance, M. Richelot rappelle que, ainsi qu'il l'a dit depuis au cours de la discussion sur les typhlites en mars 1892, les formes tuberculeuses sont moins rares qu'on ne le croit généralement; elles sont, d'ailleurs, fort difficiles à différencier des typhlites résultant d'une inflammation simple et peuvent échapper aux meilleurs cliniciens. D'une façon générale, chaque fois que l'on se trouve en présence d'une typhlite à répétition, il faut toujours soupçonner la tuberculose.

En ce qui concerne le traitement chirurgical des appendicites, M. Quénu fait observer que, pour les appendicites aiguës, l'innocuité de l'opération n'est peut-être pas aussi absolue que M. Reclus a paru le dire; il suffit, en effet, de consulter les statistiques qui renferment de nombreux cas de mort. Dans les interventions nécessitées par des accidents aigus d'appendicite, M. Quénu ne fait pas de parti pris la résection de l'appendicite, dont M. Bouilly n'est pas non plus partisan, pensant que l'on doit se contenter de faire le nécessaire, en ouvrant les collections purulentes et en se bornant à les laver et à les drainer.

Lipomes volumineux

M. Bousquet (de Clermont-Ferrand) présente avec photographies à l'appui, deux observations de lipomes d'un volume assez rare. Dans la première observation, il s'agit d'un homme de 62 ans, cultivateur, auquel il a enlevé un lipome de 17 kilos et demi, implanté au niveau de la région claviculaire, et dont l'évolution avait duré une trentaine d'années environ; il est à noter qu'un des frères de ce malade avait été opéré pour un lipome gros comme le poing. Le second cas se rapporie à un homme de 79 ans, porteur depuis 25 ans, d'un lipome du cou, mesurant 70 centimètres dans sa plus grande circonférence.

Des injections de naphtol camphré dans le traitement des adénites tuberculeuses.

M. Nélaton lit un rapport sur ce sujet, à propos d'une nouvelle communication de M. Reboul (de Marseille) renfermant sept nouvelles observations dans lesquelles l'auteur a obtenu d'excellents résultats en employant le traitement qu'il préconise. Le rapporteur a pu juger par lui-même des bons effets que peuvent donner les injections de naphtol camphré dans le traitement des adénites tuberculeuses.

Chez une malade, notamment, qui présentait des adénites tuberculeuses généralisées des deux côtés du cou, les injections de naphtol camphré ont amené une guérison presque complète, et, après un an de traitement, il ne restait que des traces presque inappréciables des ganglions malades.

M. Quénu n'admet pas la supériorité du naphtol camphré sur les autres agents thérapeutiques employés également en injections interstitielles dans les ganglions tuberculeux. Chez les enfants, il suffit d'ouvrir les abcès, qui se ferment rapidement, et l'on obtient la guérison par n'importe quel procédé. Pour les adultes, les ganglions isolés ne demandent tout d'abord qu'un traitement général, auquel on peut associer l'injection de quelques gouttes de chlorure de zinc au centre des ganglions. S'il s'agit de ganglions agglomérés, sans trajet fistuleux, on devra également employer le traitement général. Enfin, dans les cas de ganglions agglomérés, avec trajets fistuleux, M. Quénu emploie volontiers les cautérisations à l'aide de petits cautères et anses introduits à froid dans les trajets.

Le naphtol camphré a donné à M. Berger de beaux succès dans des cas d'adénites tuberculeuses suppurées ; il l'emploie maintenant plus volontiers que l'éther iodoformé, qui peut amener la formation d'eschares. M. Reynier reconnaît l'efficacité du naphtol camphré, mais il lui préfère la glycérine iodoformée, qui n'a pas les inconvénients de l'éther iodoformé. Le véhicule qu'emploi de préférence M. Lucas-Championnière, pour traiter les adénites tuberculeuses par l'iodoforme, est la vaseline, ou, à son défaut, la glycérine ; et l'orateur pense que cette méthode de traitement peut, dans nombre de cas, amener la guérison d'adénites tuberculeuses, même suppurées.

M. Segond n'a jamais eu à regretter l'intervention chirurgicale large, dans le traitement des adénites tuberculeuses. L'opération se fait, d'après lui, facilement et sans danger, avec les doigs seulement, et sans pour ainsi dire employer d'instruments ; les résultats morphologiques qu'il a obtenus ont toujours été parfaits. Il insiste, comme M. Tuffier, sur les difficultés que crées la sclérose péri-ganglionnaire produite par les injections interstitielles, lorsqu'on est ultérieurement forcé d'intervenir chirurgicalement.

Présentation de malade

M. Delorme montre un malade atteint d'ostéite nécrotique du sacrum.

REVUE DES TRAVAUX ÉTRANGERS

MÉDECINE

Traitement de la diphtérie par les injections de sérum d'animaux immunisés

Les essais de sérothérapie ont pris dans ces derniers temps une grande importance. On sait que cette méthode est fondée sur ce fait que le sérum des animaux rendus réfractaires à une maladie infectieuse, possède à un degré très élevé des propriétés vaccinantes et immunisatrices contre cette même maladie. Injecté à dose suffisante, ce sérum n'est pas seulement immunisateur ; il peut aussi enrayer la maladie, à son début du moins, et devenir ainsi curatif.

C'est en partant de ce principe, qui expérimentalement est vrai d'une façon absolue, que l'on a tenté de guérir chez l'homme le tétanos et la diphtérie ; nous ne parlons pas de la sérothérapie de la fièvre typhoïde (Chantemesse et Widal), les expériences sont encore trop peu nombreuses sur ce sujet.

S'il faut juger la méthode par ce que l'on a obtenu dans le tétanos, on ne peut concevoir, il faut le dire, de bien vastes espérances ; le mémoire que M. Roux a publié récemment dans les *Annales* de l'Institut Pasteur, viendrait enlever bien des illusions. Le tétanos grave se termine toujours par la mort malgré les injections de sérum antitoxique ; le tétanos bénin guérit sans ces injections. Et puis il y a encore, dans toutes ces questions, bien des inconnues ; tel est, par exemple, ce fait inexpliqué que le sérum d'un individu mourant ou mort du tétanos, possède un pouvoir immunisateur intense ; il meurt avec un sérum extrêmement antitoxique.

Toutes ces objections se heurtent, il est vrai, à ce fait indéniable que l'on peut immuniser parfaitement un animal, le rendre réfractaire à l'infection la plus intense, atténuer chez lui une infection déjà commencée ou même l'enrayer complètement.

Aussi les travaux de Behring, de Boer, d'Aronson, attirent-ils en ce moment l'attention générale. Behring a déjà vacciné des animaux contre la diphtérie ; Aronson a également immunisé des cobayes avec le sérum des chiens qu'il avait rendus réfractaires. (Voir *Union medicale*, numéro 24.)

Mais il ne suffisait pas de prévenir, il fallait aussi guérir. En renforçant, en décuplant le pouvoir antitoxique du sérum, et cela en injectant à l'animal immunisateur des doses de plus en plus considérables et de plus en plus virulentes de cultures diphtériques — on a quelquefois enrayé la diphtérie chez les animaux. Aujourd'hui ces tentatives ont été faites sur des enfants et Behring a déjà publié les premiers résultats qu'il avait obtenus. Sur 30 enfants, dont la diphtérie avait eté reconnue bactériologiquement, et qui furent traités par les injections de sérum de moutons rendus réfractaires, 24 guérirent ; ce qui donne une mortalité de 20 pour 100.

Kossel, à l'Institut bactériologique de Berlin, traita de la même façon 11 petits diphtériques ; 2 seulement moururent, ce qui fait une mortalité de 18 pour 100 environ.

Dans tous ces cas la quantité de sérum injecté ne dépassa pas 50 centimètres cubes.

Tels sont les premiers résultats obtenus par Behring ; il faut espérer que cette méthode tiendra ce qu'elle promet déjà. Elle est d'ailleurs en voie de perfectionnement. Aronson a réussi à conférer à des chiens une immunité et par conséquent un pouvoir immunisant considérable. Il a eu recours pour cela, chez des chiens déjà rendus réfractaires, à des injections intraveineuses de cultures virulentes de Loeffler ; en quatre mois il a injecté à un chien 2,250 centimètres cubes d'une culture très virulente. Le sérum de ce chien avait ensuite, il est inutile de le dire, un pouvoir antitoxique des plus énergique.

Aronson a de plus tenté de séparer du sérum la substance antitoxique elle-même et il a ainsi obtenu une substance solide environ 100 fois plus efficace que le sérum. Ce corps antitoxique n'est cependant pas encore à l'état de pureté ; il doit encore contenir des matières inutiles. C'est une poudre blanche, soluble dans l'eau et surtout dans une solution alcaline faible. Aronson a guéri des cobayes diphtériques avec des quantités infinitésimales de cette antoxine diphtérique et il espère guérir des enfants par l'injection de quelques décigrammes de cette poudre.

Voici où en est la question : il faut encore attendre de nouveaux travaux, de nouvelles recherches, et surtout les recherches de contrôle.

Traitement du cancer de la peau par l'arsenic

Nous avons déjà signalé les communications de M. Lassar à la Société de médecine de Berlin sur le traitement du cancer de la peau par l'arsenic. (Voir *Union médicale*, 25 février.) Les premiers résultats qu'il avait obtenus en 1889 étaient bien de nature à l'encourager dans ce mode de traitement ; mais il n'avait pu, à cette époque, suivre assez longtemps ses malades pour affirmer qu'il s'agissait, dans ce cas, de guérisons complètes et définitives.

M. Lassar a repris ses recherches et l'arsenic lui a encore donné d'excellents résultats. Pour juger la valeur de la méthode, il ne faut point s'adresser aux tumeurs anciennes ; l'insuccès est sûr. C'est, au contraire, aux cancroïdes récents que cette méthode convient, c'est-à-dire quand il n'y a pas de foyers secondaires dans les viscères et quand l'état général du malade est encore bon. C'est en s'attaquant ainsi dès sa première période au cancer de la peau, que M. Lassar a pu obtenir des guérisons rapides. Le résultat fut assez remarquable sur un malade qu'il présenta à la Société de médecine de Berlin ; ce malade, âgé de 66 ans, portait depuis trois mois sur l'aile gauche du nez une petite tumeur qui fut d'abord traitée comme une gomme syphilitique ; le traitement spécifique n'ayant aucune influence, quelque temps après on enleva un petit fragment de cette tumeur et l'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'un épithéliome. On commença alors le traitement arsenical (injections hypodermiques, puis liqueur de Fowler à l'intérieur) ; la tumeur dimininua rapidement, remplacée çà et là par des points cicatriciels.

Ce fait, ajouté à tous ceux qui ont déjà été publiés, démontre qu'il y a des cancers de la peau qu'un traitement interne peut faire disparaître.

Mais les travaux de M. Lassar ont trouvé en Allemagne des objections sérieuses et nombreuses. A la Société de médecine de Berlin, MM. Kobner et von Bergmann en ont formulé quelques-unes. Tout d'abord il n'est pas toujours facile de faire le diagnostic des cancers de la peau ; il y a des formations cutanées qui leur ressemblent, mais dont la nature est tout à fait différente. De plus Virchow a démontré que les éléments cancéreux peuvent n'avoir qu'une vie très courte et que le tissu cicatriciel qui les remplace, peut en imposer pour une guérison ; il faut attendre au moins cinq ans avant d'affirmer une guérison définitive. En outre, l'amélioration, la disparition des ulcères carcinomateux peut se produire rapidement sous l'influence de pansements simples ; il est aussi des carcinomes très bénins qui guérissent spontanément. Toutes ces considérations doivent intervenir dans l'appréciation des résultats obtenus. Et, d'autre part, comme les cancers de la peau guérissent bien par l'ablation et que les récidives sont rares, MM. Kobner et von Bergmann pensent qu'il ne faut pas perdre un temps précieux en administrant de l'arsenic et que l'on doit recourir immédiatement à l'opération ; l'arsenic serait réservé pour les cas inopérables.

(Soc. de méd. de Berlin.)

REVUE DE LA PRESSE DE PROVINCE

Maladie de Bright et insuffisance rénale. — M. Lépine, de la Société de médecine de Lyon, prenant texte des communications de M. Dieulafoy à l'Académie de médecine, maintient que quand dans une maladie des reins qualifiée mal de Bright, l'albuminurie fait défaut, il n'y a pas une véritable maladie de Bright, mais un état particulier du rein qu'on peut nommer *insuffisance rénale*, qui n'est pas caractérisée macroscopiquement et qui histologiquement l'est seulement par *l'absence de coloration des tubes contournés*. On ne trouve, dans ce cas, pas de néphrite à proprement parler; il est donc peu exact de faire entrer ce cas dans le cadre de la maladie de Bright. Mais il y a une lésion, au moins fonctionnelle. Si cette lésion fonctionnelle est bornée aux tubes contournés, il n'y a pas d'albuminurie, car le passage de l'albumine dans l'urine est surtout en rapport, comme on sait, avec une lésion des glomérules; mais il peut y avoir un trouble grave de la dépuration du sang, puisque cette fonction est surtout dévolue aux tubes contournés et, par conséquent, on peut observer tous les symptômes urémiques sur lesquels M. Dieulafoy a insisté.

M. Lépine s'élève contre la tendance fâcheuse de beaucoup de médecins à vouloir diagnostiquer de grosses lésions anatomiques quand souvent il n'y a que des lésions fractionnelles, ou tout au moins des lésions matérielles relativement légères. Il rappelle que, dans une récente communication, il s'est élevé contre la facilité avec laquelle on diagnostique des myocardites chroniques alors que l'examen anatomique le plus attentif et le plus minutieux démontre seulement des lésions atrophiques du cœur. Il ne faut pas que le clinicien soit dominé par l'anatomo-pathologique et reste sous son joug, d'autant plus que dans beaucoup de cas les lésions anatomiques sont en partie *secondaires*, et par conséquent sont loin d'avoir l'importance pathogénique que leur attribuait l'école organicienne. Ainsi, pour revenir au rein, il est certain que les lésions scléreuses, quelque énormes qu'elles paraissent, sont au point de vue du fonctionnement de l'organe, bien moins importantes que les lésions des éléments spécifiques, secréteurs. Le temps est passé où l'anatomie pathologique était la base de la nosologie; c'est le trouble fonctionnel des organes qui cause le symptôme, et l'importance toujours croissante en pathologie de l'élément toxique montre bien que le trouble fonctionnel n'est fort souvent point en rapport avec les lésions organiques.

Lentigo infecttieux des vieillards,

Par M. W. Dubreuilh. (*Journal de médecine de Bordeaux*, n° 24, 11 juin 1893.)

M. Jonathan Hutchinson (de Londres) a présenté au Congrès international de dermatologie de Vienne des dossiers à l'aquarelle d'une forme morbide qu'il désignait du nom de *lentigo infectieux des vieillards*. L'auteur a pu rappeler à cette occasion qu'en 1888, M. H. Lamarque en avait présenté un cas à la Société d'anatomie de Bordeaux et qu'il en avait observé lui-même un autre. C'est ce malade que Dubreuilh présente à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

Cette affection est caractérisée par l'apparition, sur la joue, d'une large tache pigmentaire ou plutôt d'un groupe de taches brunes ou noires, sans aucune modification de la peau ou de l'épiderme autre que la pigmentation et notamment sans infiltration d'aucune sorte. Cette tache grandit très lentement, puis au bout d'un temps qui se chiffre par années, il apparaît au voisinage de la tache un épithélioma qui n'est généralement pas mélanique. Le malade présenté a, depuis vingt-cinq ou trente ans, une tache rouge

sur la pommette gauche, consécutive à un traumatisme. Cette tache a commencé à pigmenter depuis six ans. Un an après, il se formait au voisinage de la tache pigmentaire un petit épithélioma qu'on enlevait en décembre 1888. En juin 1892, est apparu un nouvel épithélioma, non pas sur la cicatrice, mais dans son voisinage. L'ablation, faite en juillet de la même année, n'a pas encore été suivie de récidive.

D'après l'examen d'un troisième malade observé depuis, M. Dubreuih serait assez disposé à rapprocher cette maladie du xeroderma pigmentosum, des taches vasculaires et des taches achromateuses.

FORMULAIRE

Jusquiame contre la toux pendant la rougeole.
(Widerhofer.)

Extrait de jusquiame.......................	0 gr. 15.
Eau distillée................................	70 gr.
Sirop simple..................................	20 gr.

M. D. S. — A prendre, par cuillerée à café, toutes les heures.

COURRIER

MM. les docteurs Gascon (de Redon), Le Gal la Salle (de Pléneuf), J.-B.-L. Malherbe (de Nantes) et Thomas de Closmadeuc (de Vannes) sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— M. le docteur A.-H. Malherbe (de Nantes) est nommé officier de l'instruction publique.

— MM. les docteurs Bertheux (de Rennes) et Le Moaligou (de Quimperlé) sont nommés officiers d'académie.

— Le concours des clinicats des maladies nerveuses et des maladies syphilitiques commencera lundi.

Jury : MM. G. Sée, Charcot, Dieulafoy, Fournier, Cornil, Hayem, Debove.

La première séance pour les candidats aura lieu lundi 4 juillet, à 9 heures, à l'Hôtel-Dieu.

— La première séance préparatoire du concours des clinicats chirurgical et obstétrica a eu lieu lundi à 9 heures.

Les épreuves du clinicat chirurgical ont commencé mardi, à 9 heures, à l'Hôtel-Dieu ; pour l'obstétrique ce matin, à 9 heures, à Baudelocque.

Jury : MM. Tarnier, Pinard, Panas, Duplay, Tillaux, Le Dentu.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal : deuxième tour (choix), M. Gayet, médecin de première classe.

Au grade de médecin de première classe : deuxième tour (ancienneté), M. Borius, médecin de deuxième classe.

— M. le médecin de première classe de Gouyon de Pontouraude est dirigé sur Toulon, pour embarquer sur le *Shamrock*.

— M. le médecin de deuxième classe Renault, servant comme médecin-major sur le *Brandon*, au Sénégal.

— Le port de Rochefort destine à Cherbourg, qua tre médecins de première classe de la deuxième moitié de la liste pour embarquer, le 10 juillet, sur le *Turenne*, le *La Galissonnière*, le *Tonnant* et le *Vengeur*, qui seront mobilisés à cette date.

— Le port de Toulon destine, également, au port de Brest, deux médecins de première classe se trouvant dans les mêmes conditions, pour embarquer sur la *Tempête* et l'*Eclaireur*, qui seront aussi mobilisés le 10 juillet.

— M. le médecin de première classe Legrand est autorisé à publier son travail intitulé : *Hygiène des troupes européennes aux colonies et dans les expéditions coloniales.*

— M. le médecin de deuxième classe Bonnefoy, aide-major aux batteries d'artillerie de la marine, ira servir en la même qualité aux batteries du Tonkin, eu remplacement de M. le médecin de première classe Layet, placé au régiment à Lorient.

— MM. les médecins de deuxième classe Souls et Branzon-Bourgogne embarquent sur le *Shamrock*.

— D'après la *Revue scientifique*, le chiffre de la population humaine ayant adopté le système métrique s'élève à 794 millions d'hommes, en augmentation de 126 millions depuis 1877.

Actuellement le système métrique est légal en Allemagne, en Autriche-Hongrie, en Belgique, au Brésil, dans la république Argentine, en Espagne, en Grèce, en Italie, au Mexique, aux Pays-Bas, au Pérou, en Portugal, en Roumanie , en Serbie, en Suède, en Norvège, en Suisse, au Venezuela. Il est facultatif, aux États-Unis, dans la Grande-Bretagne et dans ses colonies, au Japon, en Turquie, la Russie le tolère dans l'application de ses tarifs douaniers.

L'Australie est en ce moment le siège d'un mouvement en faveur de l'adoption du système décimal. Le gouvernement de Victoria va demander à la métropole d'inviter les adhérents del' union postale universelleà établir une union décimale universelle pour la monnaie, les poids et les mesures.

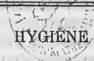
On peut facilement prévoir le jour où cette union sera réalisée. Mais il ne faut pas s'étonner des résistances que le système métrique rencontre encore dans le monde. En France, même, ce n'est guère que depuis une cinquantaine d'années, depuis 1840, que l'unification décimale a force de loi.

Et encore aujourd'hui, allez dans les marchés et causez avec les paysans et vous verrez si les *boisseaux*, les *aunes*, les *pistoles*, les *journaux*, ont disparu du langage courant, sans parler des chopines et du demi-setiers des marchands de vins. (*Méd. mod.*).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire



HYGIÈNE

EXERCICES PHYSIQUES, GYMNASTIQUE ET SPORT (*suite*) (1).

Le goût des exercices s'est tout naturellement affaibli avec les progrès de la civilisation. La force physique personnifiée par Hercule, était le Dieu de l'antiquité. L'adresse et le courage venaient en second lieu et complétaient avec elle l'ensemble des qualités nécessaires à la défense de petits Etats toujours en guerre et toujours menacés. Ces mâles vertus avaient leurs solennités dans les jeux Olympiques, et les peuples libre de la Grèce savaient en concilier le culte avec celui des arts, des lettres et de la philosophie. « La jeunesse de cette époque réalisait un des plus beaux types « que l'humanité ait produite, l'homme à la fois robuste de corps et délicat « d'esprit, l'homme beau et bon suivant les expressions grecques καλος και « αγαθος. »

La République romaine recueillit cet héritage, et, pour ses jeunes hommes, l'entraînement physique durait toute la vie. En sortant du gymnase, ils retrouvaient les mêmes exercices au Champ de Mars et dans les armées.

La prépondérance de la force ne fit que s'accroître pendant les ténèbres du moyen âge. Les joutes, les tournois, les champs clos remplacèrent les jeux de l'antiquité; mais le goût de ces prouesses alla diminuant avec les nécessités qui l'avaient fait naître et, à la fin du siècle dernier, ils se réduisaient, pour les gentilshommes, à l'équitation, l'escrime, la danse, et le noble jeu de paume.

Sous la République et sous le premier empire, la guerre absorba toutes les facultés de la Nation et les exercices militaires remplacèrent tous les autres. Peu à peu, sous l'influence du développement industriel qui remplaça la force des bras par le travail des machines et la marche par la locomotion passive des chemins de fer, les tendances des sociétés devinrent de plus en plus intellectuelles. L'enseignement des sciences et des arts prit dans l'éducation une part tellement prépondérante que les jeux, et les exercices physiques furent oubliés; la jeunesse en perdit le goût et nous en étions arrivés à cet état déplorable dont je parlais dans le précédent article, contre lequel l'hygiène est enfin parvenue à réagir. A l'indifférence, au dédain pour les exercices du corps et pour les jeux qui demandent de l'adresse, a succédé, en quelques années, la passion des sports de tout genre.

C'est d'abord l'équitation qui a commencé et on se souvient encore des courses mémorables qui ont été fournies par des cavaliers étrangers. Un

(1) Voir l'*Union médicale* du

officier russe est venu sur son cheval de Moscou à Paris; un *match* de cavalerie a eu lieu de Vienne à Berlin et les officiers autrichiens l'ont emporté d'une façon éclatante sur leurs rivaux d'Allemagne. Puis a commencé l'ère du vélocipède. Cet appareil, dont je ne ferai ni l'historique ni la description, parce que ce sont choses connues de tout le monde, a atteint un tel degré de perfection qu'il a conquis la faveur de la jeunesse dont il est devenu le sport favori. Les courses à pied, avec ou sans obstacles, les *rallies* ont eu leur tour en même temps que le canotage se développait sur nos rivières, que la Marne assistait à des luttes semblables aux *match* célèbres de Cambridge et d'Oxford et que les salles d'escrime se remplissaient de nouveau. Ces jeux et ces exercices sont exclusivement du domaine des classes aisées; mais, le goût des luttes physiques n'a pas tardé à se répandre dans les classes laborieuses, et le sport pédestre a pris naissance. On ne s'est pas contenté de franchir à pied de grandes distances dans le temps le plus court possible; on a imaginé de lutter de marche avec des poids énormes sur les épaules. Le *match des coltineurs*, des forts de la Halle et des Dahoméens, a été suivi de celui des *coltineurs* de Reims. Les portefaix du Havre ont organisé un *raid* du même genre du Havre à Montivilliers; on parle de concours de *porteurs d'eau.* Toutes ces luttes sont accompagnées d'incidents plus ou moins dramatiques que les journaux exploitent de leur mieux. L'émulation a gagné le beau sexe; il y a également eu des luttes de vitesse entre les porteuses des marchés. Les Basquaises, à l'exemple des coltineurs de Paris, ont provoqué les Dahoméennes du Champ-de-Mars à un match de 100 kilomètres avec une cruche de 10 kilogrammes sur la tête. Enfin, on a assisté à des courses d'*échassiers* dans le département de la Gironde (1).

Cet engouement survenu d'une façon si brusque pour des exercices si longtemps dédaignés, est partagé par le public. Il suit, avec le plus grand intérêt, toutes les péripéties des luttes, dont les journaux lui rendent compte. Les hommes d'un âge mur, eux-mêmes, s'élancent sur les vélocipèdes et il y a des courses de quadragénaires.

Les souverains ont donné l'exemple. Le roi Milan de Serbie, le prince de Galles, le prince de Monaco sont des cyclistes convaincus. Le sultan du Maroc, Mouley-Hassan, a voulu faire comme eux, mais il n'a pas réussi. Des financiers, des députés, des savants, des gens de lettres et surtout beaucoup de médecins se livrent à ce *sport* avec passion; on cite même quelques membres de l'Institut qui s'adonnent à la pédale. Les gens plus âgés ou plus timides se bornent à manier les haltères dans le silence du cabinet, mais ce qui est encore bien plus fin de siècle, c'est la *canne d'entraînement* dont le poids varie de 2 à 5 kilogrammes et à côté de laquelle les cannes des tambours-majors de la vieille gards n'étaient que de simples badines.

La tendance qui porte la génération actuelle vers ces différents genres d'exercices n'est pas le résultat d'un caprice; elle a des raisons plus sérieuses, c'est une réaction salutaire contre l'abus des facultés intellectuelles et le

(1) Il y avait eu, l'an dernier, une course de ce genre. Cette année, elle a eu lieu de Bordeaux à Montauban et, le 13 mai dernier, le gagnant a franchi cette distance de 216 kilomètres en 30 heures 47 minutes, soit 6 kilomètres à l'heure.

dédain de la force physique ; mais l'hygiéniste, sans se désintéresser de ce point de vue, doit se préoccuper surtout de l'influence que ces habitudes nouvelles peuvent avoir sur la santé et nous allons passer en revue les principales formes de *sport*, en tâchant de montrer ce qu'elles ont d'utiles et les inconvénients qu'elles peuvent présenter.

Vélocipède. — Il paraît que c'est un médecin, nommé E ie Richard, qui l'a inventé. Il communiqua son idée à Ozanam qui, en 1694, décrivit dans ses *Récréations mathématiques et physiques* (1), *un carrosse dans lequel on se puisse conduire soy-même là où on voudra sans aucuns chevaux.* Depuis cette époque, on en a inventé de bien des espèces et nous avons été témoins de bien des essais infructueux ; mais qu'il y avait loin de ces pesantes machines exigeant une telle dépense de force musculaire qu'il valait mieux aller à pied, aux instruments admirables qu'on fabrique aujourd'hui. Le poids en est tellement réduit, les frottements tellement atténués, que l'effort est presque nul sauf dans les montées. On peut arriver à les pister à des moyennes de 30 kilomètres à l'heure (2) et sur les pavés à des moyennes de 20 kilomètres. On peut même soutenir cette allure pendant plusieurs jours comme l'ont fait les coureurs du fameux match de Paris à Brest, organisé, l'an dernier, par le *Petit Journal*, et dans lequel le vainqueur, Terront, a fait le trajet de 600 kilomètres en 33 heures.

Dans la course récente qui a eu lieu sur la piste du Champ-de-Mars, ce même Terront a fait les 1,000 kilomètres en 52 heures et quelques minutes. La distance de Bordeaux à Paris, 572 kilomètres, a été franchie en 1892 par Stéphane en 25 heures 37 minutes.

La direction est tellement facile, l'appareil obéit avec une telle sensibilité au long levier à l'aide duquel on le conduit, que les aveugles eux-mêmes peuvent s'en servir.

Au mois de mai dernier, M. Campbell, directeur de l'Institut d'aveugles appelé *Royal Konnal Collège*, a fait parader ses élèves à Mansion-House, devant une foule ébahie.

Cette perfection explique la faveur conquise par le vélocipède. Ce n'est plus seulement un moyen de distraction et d'exercice, il est devenu un outil professionnel. La plupart des grands magasins font faire leurs courses par des vélocipédistes. Dans les pays de plaines, les facteurs ruraux parcourent ainsi les grandes distances qu'ils ont à franchir avec une fatigue beaucoup moindre et une vitesse bien supérieure. Enfin, le vélocipède a pris sa place dans nos armées et y rend les plus grands services à côté de la cavalerie.

Dans tous les pays, on crée des pistes spéciales, des *vélodromes* pour permettre aux débutants de s'exercer ; il y en a dans la plupart des villes d'Angleterre et de l'Ecosse, en Hollande, en Danemark, en Allemagne. A Londres, on compte une douzaine de pistes d'entraînement ; nous ne possédons encore que celles du bois de Boulogne, du Champ-de-Mars et le vélodrome de l'Europe, situé 5, rue d'Edimbourg, mais nous aurons bientôt une piste perfectionnée et permanente à Vincennes. Le Conseil municipal en a voté l'établissement, il y a quelques mois, sur la proposition de M. Caumeau, conseiller général du XIIe arrondissement. Cette piste ellipsoïde aura 500

(1) Dr Cabane. *Journal de médecine de Paris*, numéro du 9 avril 1893.

(2) La plus grande vitesse signalée jusqu'ici est de 39 kil. 707 en une heure.

mètres de développement, 8 mètres de largeur, sera pavée en bois et coûtera 60,000 francs Le règne de la bicyclette étant arrivé, on a éprouvé le besoin de l'imposer et le recensement fait à cette occasion établit qu'il existe en France environ 300,000 cyclistes. A 10 francs par tête, cela fait encore un impôt de trois millions. Comme pour protester contre le fisc et prouver que cette taxe ne les arrêtera pas, les vélocipédistes se sont réunis le dimanche 4 mai, au nombre de 1,200, sur la terrasse de Saint-Germain, pour y fonder leur fête annuelle qui s'appellera la *Saint-Vélo.*

Le vélocipède est un exercice hygiénique et salutaire quand on n'en abuse pas. Au début et quand les appareils n'étaient pas perfectionnés comme ils le sont aujourd'hui, on a pu lui reprocher de causer des affections urinaires, par suite de la secousse imprimée au périnée à chaque cahot par la selle étroite et dure.

Le perfectionnement apporté à l'appareil, l'élasticité des selles, les garnitures de caoutchouc qu'on applique aux roues, ont en grande partie fait disparaître cet inconvénient, cependant le docteur J.-V. Judin, rendait compte récemment dans *The Medical and chirurgical reporter* de cinq cas de prostatite, avec dysurie, priapisme et écoulement uréthral consécutifs, causées chez des vélocipédistes par la pression de la selle sur le périnée. MM. Nillee et Miniére ont signalé des cas analogues à la Société de médecine de Pau.

On a également accusé le bicycle de déterminer des affections de la moelle épinière, de prédisposer à l'hypertrophie du cœur, aux congestions du cerveau et du foie ; mais il en est de même de tous les exercices de corps quand on en fait abus.

Le docteur Ch. Tissié (de Bordeaux) a présenté, il y a un an, à la Société de biologie, une note relative à l'influence que l'usage du vélocipède exerce sur les différentes fonctions. Elle a été reproduite dans l'*Union médicale* (1); aussi nous bornons-nous à rappeler que le médecin de Bordeaux, vélocipédiste lui-même, a constaté que cet exercice active la respiration et la circulation, favorise l'hématose et la digestion et qu'il constitue un excellent sédatif du système nerveux. Il convient aux hommes de tout âge, aux enfants à partir de l'âge de 12 ou 13 ans, et aux femmes, à la condition de suivre les précautions qu'il indique (2).

Il est certain qu'on ne peut pas le recommander aux cardiaques, lorsqu'ils ont passé la période de compensation; mais, comme tous les exercices de plein air, il combat victorieusement l'anémie et la chlorose avec les troubles circulatoires dont elle s'accompagne. Quelques médecins ont aussi pensé que l'usage du vélocipède pouvait, par le mécanisme de va et vient de la pédale, causer des affections utérines, de même que le travail de la machine à coudre amène des métrites et des salpingites chez les ouvrières qui s'en servent pendant des journées entières ; mais, je crois, que c'est une crainte un peu théorique et qu'il faut attendre les observations. Toutefois, c'est un exercice qui, pour une foule de raisons, ne convient guère à la femme. Les

(1) *Union médicale,* numéro du 21 juin 1892, t. LIII, p. 850

(2) Lors du concours vélocipédique des artistes dramatiques qui a eu lieu le 15 juin dernier, les actrices étaient au nombre de dix, les acteurs au nombre de treize. Les femmes sont allées de la cascade du Bois-de-Boulogne à Saint-Cloud et sont revenues avec une rapidité remarquable.

hommes qui ont passé la cinquantaine feront bien de n'en user qu'avec une extrême modération, afin d'éviter l'hypertrophie de la prostale.

L'abus du vélocipède, les tours de force accomplis par les professionnels et même par quelques amateurs constituent une expérience toute faite et donnent la mesure des inconvénients que peut présenter cet exercice. On ne conseillera, bien entendu, à personne de rester en selle pendant 52 heures de suite et de franchir 1,000 kilomètres d'un seul trait. Ce sont là des imprudences qui n'ont rien de commun avec l'hygiène et qu'elle ne peut autoriser; mais ils peuvent servir de critérium. Or, les deux champions du match célèbre auquel nous venons de faire allusion, Terront et Corre, ont été examinés par un médecin à la suite de ce prodigieux effort et aucun d'eux n'a présenté le signe de l'épuisement musculaire qu'on devait craindre, ni de l'abrutissement qui est la marque du surmenage. Sans courbature, sans raideur, accusant seulement une gêne légère au niveau des genoux et des tendons d'Achille, ils marchaient avec facilité, parlaient avec force, n'éprouvaient aucune souffrance et étaient prêts à recommencer; mais ils étaient doués d'une vigueur peu commune et étaient admirablement entraînés, et il serait imprudent aux vélocipédistes amateurs de chercher à les imiter, même de loin.

Il est un autre côté par lequel cet exercice, aujourd'hui si répandu, intéresse l'hygiène, c'est celui des accidents qu'il peut causer. La précision avec laquelle on dirige le vélocipède, la sensibilité de cet instrument sont telles qu'il est toujours facile d'éviter un obstable quand on l'aperçoit, mais sur nos voies encombrées de voitures, de cavaliers, de piétons, et d'obstacles de toute sorte, ces engins silencieux, qui marchent à raison de 20 kilomètres à l'heure et présentent si peu de masse qu'on les voit à peine, sont dangereux pour ceux qui les montent, comme pour ceux qui se trouvent sur leur passage. On compte déjà bien des victimes de ce genre d'accident, et il sera bon de prendre quelques mesures de précautions ; mais le vélocipède est beaucoup moins dangereux, au double point de vue qui nous occupe, que le cheval, cet animal capricieux et stupide qu'un rien épouvante et dont on n'est jamais absolument le maître, soit qu'on le monte soit qu'on l'attèle.

(*A suivre.*) Jules ROCHARD.

A propos de la typhlite et de l'appendicite tuberculeuse

Par L.-G. RICHELOT (Société de chirurgie, 28 juin 1893)

Dans notre séance du 4 juin, M. Reclus, parlant d'un cas d'appendicite à rechutes, se demandait si son malade n'était pas entaché de tuberculose, et émettait l'opinion que, peut-être, la typhlite tuberculeuse est moins rare qu'on ne l'admet généralement. Un journal que je lis quelquefois, l'*Union médicale*, avance que « ce sont là des faits nouveaux mis en relief par M. Reclus ».

L'opinion de notre collègue se trouve développée dans une clinique publiée par le *Bulletin médical* du 25 juin. M. Reclus y cite la plupart des auteurs qui, dans ces derniers temps, ont étudié la tuberculose du cœcum, les chirurgiens qui ont vu dans cette région de grosses masses d'origine bacillaire ayant l'apparence de tumeurs malignes, ceux qui ont opéré des abcès de même nature avec fistules, clapiers, ulcérations larges de l'intestin. Après avoir donné deux exemples personnels des formes susdites, il fait allusion à

des faits plus obscurs, faciles à confondre avec l'appendicite vulgaire, dans lesquels l'ulcération tuberculeuse primitive disparaît au milieu du foyer purulent, et dont M. Cornil a, paraît-t-il, entrepris l'étude.

J'ai beaucoup remarqué, dans ce travail, la mention de ces formes tuberculeuses qui ne paraissent pas différer des appendicites purement inflammatoires, et dont la fréquence peut échapper au meilleurs cliniciens. J'ai remarqué aussi la phrsse suivante : « Une tuberculose localisée, sans infiltration, sans dégénérescence concomitante des poumons et des autres viscères importants, peut se développer autour de la valvule iléo-cœcale et s'y cantonner sans envahir les autres tissus. Cette simple constatation suffit pour ranger, dans ces cas, cette tuberculose parmi les tuberculoses chirurgicales; du moment qu'il peut s'agir d'un foyer limité et que ce foyer nous est accessible, telles circonstances favorables peuvent se présenter où l'intervention sera légitime. »

Mon opinion est conforme à celle de M. Reclus, et je l'ai exprimée devant vous, il y a plus d'un an, le 23 mars 1892. Dans cette communication *Sur l'appendicite vulgaire et la typhlite tuberculeuse*, je montre celle-ci trop négligée depuis les premiers exemples recueillis par Blatin, Duguet, etc.; oubliée par les Anglais et les Américains, bien qu'ils aient opéré un grand nombre d'appendicites chroniques; passée sous silence au Congrès de Berlin en 1890. A la Société de chirurgie, on connaît les grosses tumeurs opérées par Terrier, Bouilly, prises d'abord pour des sarcomes et décrites par Pilliet ; mais on n'a plus souvenance de l'opinion de Lasègue, disant qu'en présence des pérityphlites à répétition il faut soupçonner la tuberculose. Cependant, « j'incline à croire que la lésion tuberculeuse est plus fréquente qu'on ne le dit. Je ne suis pas sûr que nombre d'auteurs, croyant opérer des appendicites ou des pérityphlites vulgaires, n'aient pas méconnu leur véritable nature... J'ai rencontré deux fois une forme très spéciale, peu avancée, bien circonscrite, ne répondant pas du tout, par son aspect et son étendue, à la description de Pilliet, encore moins aux cas d'ulcérations tuberculeuses qu'on trouve, pendant l'évolution de la phtisie pulmonaire, répandues à la fois dans le cœcum et dans l'intestin grêle, avec de symptômes graves, diarrhée, amaigrissement, qui révèlent des lésions diffuses. Cette forme limitée et relativement bénigne est d'un diagnostic difficile, mais elle me paraît très justiciable d'une intervention hardie ».

Après avoir ainsi parlé, j'expose divers cas d'abcès iliaques où j'ai pu soupçonner, admettre la tuberculose, mais non la démontrer, puis j'arrive aux deux faits probants, dans lesquels sont notées les tumeurs dures, allongées, douloureuses de la fosse iliaque; les poussées successives et la marche clinique tout à fait analogue à celle des appendicites ordinaires ; l'obscurité du diagnostic ; l'opération aboutissant à l'extirpation d'un foyer tuberculeux bien limité par la résection partielle de la paroi cœcale, suivie de la suture de l'intestin et d'une guérison complète et durable.

Le malheur est que, dans de pareilles conditions, c'est-à-dire en dehors de toute lésion diffuse de l'intestin et d'une tuberculose pulmonaire confirmée, le diagnostic est fort malaisé. S'il était plus facile, la conduite des chirurgiens serait mieux réglée et l'intervention moins controversée dans un certain nombre de coliques appendiculaires à marche insidieuse. Il est de toute évidence que, moins la lésion tuberculeuse est avancée plus l'action chirurgicale est opportune et doit être heureuse. Il faut donc, pour la deviner ou la reconnaître à temps, avoir ce fait présent à l'esprit, qu'elle n'est pas très rare, et qu'elle se confond, par son évolution clinique, avec les lésions inflammatoires banales ; il faut y puiser toujours dans les cas à rechutes.

Si je vous présente ces quelques réflexions, ce n'est pas, croyez-le bien, que je pense avoir inventé la tuberculose du cœcum ; ce n'est pas, d'autre part, que M. Reclus ait prétendu l'avoir découverte. Mais, avant ma communication de l'année dernière, la So-

ciété de chirurgie ne s'en était jamais occupée au point de vue où je me place en ce moment ; aucun de nous n'avait mis en avant cette notion de la fréquence probable de la tuberculose envahissant une partie très limitée de la paroi du cœcum, simulant une appendicite vulgaire et marchant comme elle, enfin pouvant être opérée dans de bonnes conditions par l'extirpation totale d'un foyer nettement circonscrit. Je désire donc que ces faits, encore peu connus, ne soient pas considérés aujourd'hui comme absolument nouveaux, et je tiens à rappeler qu'ils ont été signalés en termes explicites à la Société de chirurgie en mars 1892, avec preuves cliniques et détails opératoires.

Les antipyritiques dans la fièvre typhoïde

L'antipyrine est un des médicaments que l'on a le plus fréquemment prescrits dans la fièvre typhoïde et bien qu'actuellement l'engouement pour ce produit soit bien tombé, il n'est pas inutile d'insister sur les inconvénients qui résultent de son emploi.

Clément (de Lyon) a rapproché l'action d'une certaine dose d'antipyrine de celle produite par un bain froid de 20° et de quinze minutes de durée. Il a conseillé de procéder comme on le fait dans le traitement de Brand, de prendre la température toutes les trois heures et de donner 1 gramme et même 1 gr. 50 du médicament pendant la période d'état toutes les fois que la température s'élève à 38° On arrive aussi à faire prendre jusqu'à 220 grammes d'antipyrine dans le traitement d'une fièvre typhoïde et en Amérique on a été jusqu'à donner 350 grammes du médicament au même malade.

Au lieu d'employer les doses fractionnées, Filehne recommandait les doses massives et prescrivait 2 grammes d'antipyrine, une heure après 2 grammes, une heure après 1 gramme.

Roussel (de Saint-Etienne), fait prendre l'antipyrine à doses progressivement croissantes, ce qui permet d'éviter le collapsus. Le premier jour, chez l'adulte, il donne 2 grammes d'antipyrine en prises de 0 gr. 50 chaque (toujours dissoutes dans de l'eau pure non sucrée) à trois heures au moins d'intervalle l'une de l'autre. Le lendemain il prescrit 3 grammes en trois prises, le quatrième jour 4 grammes.

On augmente ensuite de 1 gramme par jour, jusqu'à ce que l'on arrive à une dose suffisante pour juguler la fièvre, dose qui est de 5 à 6 grammes dans la clientèle urbaine. La constipation, habituelle avec ce traitement, est combattue par les lavements froids. La fièvre céderait définitivement le huitième jour et des doses inférieures à la dose maxima suffiraient à l'empêcher de reparaître jusqu'à la fin de la maladie.

Il est absolument prouvé qu'à l'aide de l'antipyrine on peut faire évoluer une fièvre typhoïde sans fièvre, mais est-ce là le seul but que l'on doive se proposer ; la fièvre constitue-t-elle donc le grand ennemi dans la dothiémenthérie. On sait actuellement qu'il n'en est rien et que l'excitation du centre de la thermogenès n'est qu'un des éléments de la fièvre typhoïde, et que même elle n'en est peut-être pas le plus important.

De plus, l'antipyrine a de nombreux inconvénients qu'il suffit d'indiquer en passant pour montrer à quel point elle est peu indiquée dans la fièvre typhoïde, d'autant plus que tous ces accidents sont plus fréquents chez les fébricants.

Très souvent l'abaissement de température provoqué par le médicament va jusqu'au collapsus et ce collapsus, point n'est besoin de doses élevées pour le produire, une ou deux doses de 0g50 suffisent, dans certains cas, pour plonger le typhique dans un état subcomateux des plus inquiétants.

Les troubles digestifs sont des plus fréquents consécutivement à l'administration de l'antipyrine ; ils consistent en vomissements, douleurs à l'épigastre, perte d'appétit.

Est-il donc indifférent de donner à un typhique dont l'estomac peut présenter des lésions profondes un médicament aussi irritant.

La cyanose, les irrégularités cardiaques sont encore des effets de l'antipyrine et tout monde connaît l'exanthème causé par ce médicament.

Tout cela, cependant, ne serait pas suffisant pour faire rejeter un médicament actif et facile à faire accepter au malade, s'il répondait à d'autres indications que celles tirées de la température fébrile.

Malheureusemont, il n'en est rien. L'affaiblissement du cœur si fréquent chez les typhiques n'est pas combattu par l'antipyrine à hautes doses qui, lors même qu'elle abaisse considérablement la température, ne diminue que peu ou pas la fréquence du pouls.

Les troubles gastriques sont exagérés par le médicament et ils le sont si bien que l'on a proposé de l'administrer par la voie rectale ou la voie hypodermique et que ses plus grands partisans sont réduits à donner en même temps à leurs malades le sus-nitrate de bismuth, l'opium, les poudres absorbantes, etc.

Que peut l'antipyrine contre les accidents nerveux qui sont parfois si précoces et si graves ? Rien. On a dit que si les typhiques continuaient à délirer lorsqu'ils avaient pris de hautes doses d'anipyrine, c'est qu'il y avait des lésions déjà réalisées dans le cerveau. Mais, ainsi que l'a fait observer M. Bouveret, il peut aussi que ces lésions soient vives pluschez les typhiques traités par les bains froids, par exemple, car ils cessent de suite de délirer.

Enfin et surtout l'antipyrine va à l'encontre d'une des indications des plus pressantes de la fièvre typhoïde ; elle abaisse la quantité des urines, elle ferme le rein. Tout d'abord, les recherches que Robin, Lépine, Bayrac, Vmbach, bien que quelques expériences contradictoires aient été produites, prouvent que presque toujours, à doses ordinaires, l'antipyrine diminue l'azote total et surtout l'urée, augmentant ainsi les matières extractives les poisons. Or, les urines dans la fièvre typhoïdes non traitées sont déjà hypertoxiques ; Roque et Weill ont constaté que le coëfficient azoturique était doublé. Pour eux, cette toxicité est indépendante du cycle fébrile et dure plus longtemps, les urines restant hypertoxiques pendant toute la convalescence et quelque temps après ; l'albuminurie n'a pas de rapport avec les variations d'élimination des toxines et cette élimination est sans lien avec la quantité des urines excrétées.

Il est donc absolument indiqué, soit de réduire la production de toxines, soit de favoriser leur élimination. Que fait l'antipyrine ? Roque et Weill ont contaté que, pendant toute la durée de la maladie, elle semble agir à la façon d'un antiseptique, les urines perdant toute toxicité sans qu'aucun accident de retention se produise, mais cette action antiseptique n'est qu'apparente et, lorsqu'on supprime le médicament, les toxines sont rejetées en masse pendant la période de convalescence. L'antipyrine *empêche donc l'élimination des toxines.*

Voyons, au contraire, ce qui ce passe avec le traitement par les bains froid que l'on a essayé d'opposer au traitement par l'antipyrine.

Le coefficient urotoxique augmente dès le début de la balréation, et ce coefficient arrive à être 5 ou 6 fois plus grand que normalement. La courbe descend régulièrement dès que les bains sont supprimés et quand l'apyrexie est complète, le coefficient urotoxique est normal ; toutes les toxines ont été éliminées au fur et à mesure de leur production. Le bain froid *favorise l'élimination du poison.*

Les statistiques, bien qu'au début Clément se soit appuyé sur elles, montrent aussi l'infériorité de l'antypirine vis-à-vis des bains froids. Le médicament donne une fausse sécurité au médecin, en lui permettant de faire évoluer une dothiénenthérie sans fièvre,

il s'illusionne sur l'état réel du malade, et tandis qu'il est « hypnotisé » par la courbe thermique (Juhel-Renoy) il ne voit pas la mort menaçante et oublie les indications principales.

En résumé (Bouveret, Glénard) : — action réfrigérante sur la température, défaut d'action sur le cœur, les vaisseaux, les reins et sans doute le poumon, action inconstante, en tous cas dépressive sur le système nerveux, absence de corrélation entre l'état général et la courbe thermique' mort sans fièvre, accidents spéciaux, — tel est le relevé des effets de l'antipyrine dans la fièvre typhoïde.

En voilà assez, ce nous semble, pour que l'on rejette désormais le médicament.

II

Nous ne dirons qu'un mot des autres antipyritiques : acide phénique, antifébrine, salicylate de soude, Thalline, Kairine, qui ont eu leur moment de vogue dans le traitement de la fièvre typhoïde.

A. Robin, G. de Mussy ont insisté sur les inconvénients de l'acide phénique si recommandé par éclat, et qui est véritablement dangereux.

L'acétanilide entraîne de la cyanose; si elle abaisse la température, elle prédispose en collapsus et diminue la quantité des urines. Cependant Moulsset l'a très recommandé, et pour lui, elle augmenterait même jusqu'à l'énergie cardiaque. Une dose de 0,50 donnée une heure avant le moment probable d'une exacerbation fébrile, suffit pour l'empêcher.

L'acetphénétidine ou phénacétine n'a guère été employée qu'à l'étranger. On la donne en une fois le soir aux doses de 0,25 à 0,7 chez les adultes. La cyanose serait fort rare et il n'y aurait pas à redouter d'action d'épressive.

Hallopeau a très recommandé l'acide salicylique. Avec une dose de 2 grammes, on peut empêcher l'exacerbation vespérale; on obtient un abaissement de température pouvant aller jusqu'à 2 ou 3 degrés. On doit commencer par une dose de 3 grammes et abaisser ensuite à 2 grammes les jours suivants, et l'effet anti-thermique se produit. Il faut suspendre le medicament si la température se rapproche de la normale. Le traitement par l'acide salicylique s'accompagnerait d'une diminution des principaux symptômes; c'est en effet le principal de ses effets, car l'abaissement de la température est irrégulier et surtout de peu de durée, la courbe thermique remonte malgré de nouvelles doses sans atteindre toutefois son niveau primitif. L'action éliminatrice de l'acide salicylique pourrait être regardée comme importante et A. Robin a montré qu'il se combinait aux éléments azotés pour former des corps bien plus solubles. Cependant les accidents cérébraux graves, les complications thraciques, contre indiquent l'usage de l'acide salicylique; les hautes doses peuvent provoquer des hémorrhagies, de la dyspnée et du délire. Notons encore que le collapsus salicylique est très fréquent.

La kairine a eu un moment de faveur ; cependant Peiper a montré que s'il était possible d'obtenir l'abaissement de la température, il se produisait en même temps de la cyanose. De plus, la kairine n'a aucune influence sur la durée et la gravité de la maladie. Schultz accuse même la kairine d'augmenter la durée totale de la fièvre typhoïde et de favoriser la produciton des récidives.

Ehrlich a accordé à la thalline une action spécifique. En effet, chez un grand nombre de typhiques le médicament abaisse rapidement la température. Sur 19 cas, Ehrlich et Laquer virent, chez neuf, apparaître la défervescence au bout de 4 à 5 jours, alors qu'on avait commencé la thalline vers la fin du premier ou au plus tard du deuxième septenaire. Deux malades furent absolument réfractaires. Très peu usitée en France, la thalline l'est beaucoup plus en Allemagne et tout récemment F. Schmid exposait les résultats qu'il a obtenus dans 20 nouveaux cas. Il donne le médicament d'heure en heure

et toutes les deux ou trois heures, suivant le degré de fièvre, durant la nuit. La forme médicamenteuse était une solution aqueuse au centième. Sur les 20 cas, il y a eu 2 décès et 5 rechutes.

Pour Schmid on n'a comme phénomène secondaire que des sueurs et des frissons. Le seul vrai désavantage du médicament serait son prix élevé.

La quinine, bien quelle ait des effets secondaires parfois très fâcheux : céphalalgie, vomissements, quelquefois délire et collapsus, a été très employée dans le traitement de la fièvre typhoïde, mais si on l'a, à un certain moment, trop pronée on tend actuellement à la dénigrer à l'excès ; Juhel Renoy la regarde comme toujours nuisible et jamais utile ; il est permis d'en appeler de ce jugement. Pécholier a soutenu qu'il jugulait la fièvre typhoïde en donnant au premier soupçon du mal, 1 gr 20 de quinine aux adultes (pour les enfants 50 à 75 centigr) dans la matinée, en deux ou trois prises ; il est évident qu'il est malheureusement impossible même en ajoutant à ce traitement des bains à 33 degrés et de la poudre de feuilles de digitale, de compter arrêter la maladie, mais il est évident aussi que Liebermeister, que Jaccoud, qui du reste, recommandent d'administrer le médicament avec prudence, s'en sont bien trouvés chez beaucoup de malades.

On peut, si l'on n'applique pas le traitement de Brand, employer la quinine dans les cas où il y a à la fois continuité de la fièvre et faiblesse de la rémission matinale existence non interrompues de températures vespérales dépassant 40 degrés. Pas d'abaissement de la courbe thermique après trois jours consécutifs, — un affablissement marqué du cœur. On peut alors donner le sulfate de quinine (que Jaccoud remplace parfois par l'acide salicylique) par série de deux, rarement de trois jours consécutifs, séparés par deux jours de repos.

On donne d'abord de 1 gr. 50 à 2 grammes le premier jour, puis on diminue de 0 gr. 50 le second jour et 0 gr. 50 encore le troisième. On doit donner la dose dans l'espace d'une demi-heure; on commence par l'administrer à 10 heures du matin si l'on veut agir sur la température du soir, et à 9 h. 1/2 du soir, si l'on veut agir sur celle du matin.

Liebermeister est grand partisan de l'association de la quinine et des bains froids et il prescrit jusqu'à 3 grammes du médicament qui doivent être pris en une heure au plus. On attend alors 24 à 28 heures avant de redonner la quinine.

Malheureusement, la quinine, que beaucoup de médecins donnent aussi à petites doses, 0 gr. 50 à 0 gr. 60, en deux fois, matin et soir, a l'inconvénient, lorsqu'on l'emploie en quantités plus considérables et abaissant bien la température, de ralentir les combustions ; il est vrai qu'en même temps elle modère la désassimilation (A. Robin).

En résumé, la quinine est le seul antipyrétique qu'il faille conserver dans l'arsenal hérapeutique à diriger contre la fièvre typhoïde. Il est certain qu'il vaudrait toujours mieux recourir à la balnéation froide, mais comme cette balnéation est loin d'être applicable partout, il faut bien cependant ne pas rester désarmé en présence de cas offrant les caractères que nous avons énumérés plus haut. La quinine, maniée avec prudence, permet alors de répondre à des indications pressantes.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 juin 1893. — Présidence de M. FERNET.

Sur le typhus exanthématique

M. CHANTEMESSE présente, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, quelques considérations sur le typhus exanthématique. Le diagnostic de l'affection n'est pas toujours facile, quoi qu'on en ait dit; il est des cas insidieux, à éruption légère, peu contagieux, que l'on prend facilement pour de la fièvre typhoïde : on pourrait citer de nombreux exemples d'erreurs de ce genre. Quant à l'étiologie, elle est encore bien peu connue. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître à la misère, à l'encombrement, à la malpropreté la valeur de causes réellement prédisposantes; aussi le typhus exanthémathique est-il l'apanage des classes pauvres; mais tout cela ne crée pas la maladie. Autour de Metz assiégée, il y eut dans l'armée allemande de nombreux cas de typhus, tandis que les habitants de la ville en furent indemnes.

Le typhus exanthématique est une maladie virulente, contagieuse, microbienne. Sa contagion n'est pas en rapport avec la distribution de l'eau potable; ce n'est point par les déjections des malades qu'elle se transmet. Elle se propage, au contraire, comme la variole et l'influenza.

Plusieurs auteurs ont dit que la contagion se fait par un contact direct prolongé. M. Chantemesse pense que le micro-organisme du typhus se trouve dans la peau, dans les cellules épidermiques et aussi dans les produits de secrétion de la gorge, des fosses nasales, du poumon; la fréquence des lésions de la gorge (angine, pharyngite, obstruction de la trompe d'Eustache) et de l'appareil broncho-pulmonaire tend à le démontrer.

L'expectoration des malades peut donc être dangereuse. On a dit que l'affection ne se transmet pas par l'air; mais l'air peut transporter des poussières provenant des crachats desséchés, de la desquamation épidermique. Et si les vêtements peuvent, à un moment, recevoir ces poussières, ils peuvent aussi, un peu plus tard, les abandonner et transporter ainsi les germes du typhus.

Les faits que M. Laveran a cités, à propos de l'épidémie de Crimée, sont très instructifs. Si la contagion s'était faite, comme on l'a dit, par les infirmiers et par les objets communs à plusieurs malades, la marche de l'affection n'aurait pas été aussi régulière; le typhus n'aurait pas toujours atteint, tout d'abord, les voisins immédiats des malades, mais il aurait été transporté irrégulièrement par les infirmiers et par les objets communs d'un bout de la salle à l'autre. M. Chantemesse cite encore plusieurs faits tendant à prouver la propagation du typhus par des poussières que l'air peut transporter à distance.

Quant à la bactériologie du typhys exanthématique, les recherches sont encore trop récentes pour que l'on ait des faits très précis. Tout récemment, MM. Dubief et Bruhl ont isolé dans les sécrétions pulmonaire un diplocoque qu'ils regardent comme l'agent spécifique de l'affection. Il faut encore attendre de nouvelles recherches sur ce sujet.

Vomissements incoercibles et impaludisme

M. GUYOT a observé un malade atteint de vomissements incoercibles, chez lequel toutes les médications employées d'ordinaire avaient complètement échoué; les lavages de

l'estomac, les vésicatoires au niveau de la région épigastrique, les douches, etc., n'avaient amené aucune amélioration.

Or ce malade avait habité Panama pendant trois ans, et il était porteur d'une rate assez volumineuse. M. Guyot pensa que les vomissements étaient peut-être liés à l'impaludisme, et il prescrivit la quinine.

Les résultats furent rapides et des plus satisfaisants; les vomissements diminuèrent puis disparurent complètement. L'efficacité du traitement tend à démontrer que M. Guyot ne s'était pas trompé en rattachant les vomissements à l'impaludisme. Mais de tels faits doivent être très rares, car si l'on peut voir la diarrhée au nombre des manifestations des fièvres intermittentes, par contre aucun auteur, à la connaissance de M. Guyot, n'a encore signalé les vomissements incoercibles comme manifestation isolée de l'impaludisme.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. Caussade, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris (Pitié) est nommé, à partir du 16 juin 1893, chef de laboratoire de clinique chirurgicale au laboratoire des cliniques de ladite Faculté (Hôtel-Dieu).

M. Pilliet, aide-préparateur des travaux pratiques d'histologie à la Faculté de médecine de Paris est nommé, à partir du 16 juin 1893, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de ladite Faculté (Pitié).

— La première séance des clinicats des maladies nerveuses et des maladies syphilitiques a eu lieu mercredi dernier..

Jury : MM. G. Sée, Charcot, Dieulafoy, Fournier, Cornil, Hayem, Debove.

La première séance pour les candidats aura lieu lundi 4 juillet, à neuf heures à l'Hôtel-Dieu.

La première séance du clinicat chirurgical et obstétrical, a eu lieu mercredi dernier.

Jury : MM. Tarnier, Pinard, Panas, Tillaux, Le Dentu, Duplay.

Nécrologie. — MM. Daudé (Jules), conseiller général et maire de Marvejols, chevalier de la Légion d'honneur; Pitoux, des Vireux-Vallerand (Ardennes); Ruhlmann (Anselme) maire d'Epfig (Bas-Rhin); Bierch, de Lembach; Broaillier, de Saint-Laurent-de-Mûre; Charles, de Hérisson; Christophe, de Charlieu; Th.-H. Hermann, de Strasbourg; Kaltenbach, de Dornach; Larrivé, de Heyrieux; Nivet, de Clermont-Ferrand; Pleindoux, chirurgien en chef honoraire.

— M. Harvey Attfield (*Brit. Med. Journ.*, 17 juin) pense que les infusoires des rivières jouent un rôle important dans la destruction des bactéries. Il a vu que des cultures de bactéries additionnées d'infusoire ont perdu plus des quatre cinquièmes des microbes, alors que les cultures sans infusoires, n'en contenant que très peu, n'ont perdu que la moitié. Dans certains cas même, contrôlés par M. de Pettenkofer, une eau contenant 3 millions de bactéries par centimètre cube n'en a plus renfermé que 13,000 en présence d'infusoires, au lieu que dans les parties privées d'infusoires le chiffre des bactéries a augmenté. Il faut croire que la Seine est peu riche en infusoires.

(*Revue scientifique.*)

— Pendant deux périodes de jeûne qu'il a faites à Turin et à Naples, le fameux jeûneur Succi a été l'objet d'observations qui ont amené cette constatation que, même avant de jeûner, cet individu possédait un suc gastrique dépourvu d'acide chlorhydrique et de pouvoir peptique. Comme on attribue à cette altération de la sécrétion gastrique, qui s'observe normalement chez les fébricitants, l'absence d'appétit, on peut admettre qu'elle est la cause de l'aptitude particulière aux jeûneurs, à moins qu'elle n'en soit la conséquence! (*Revue Scientifique.*)

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur Fournier.

Des syphilides secondaires malignes

Leçon recueillie par le docteur P. Portalier

A tort ou à raison, la qualification de *syphilides malignes précoces* est appliquée, dans le langage courant, à des syphilides dont le propre est d'affecter, au seuil même ou dans les premiers temps de l'infection, le caractère des manifestations cutanées d'ordre tertiaire.

Ce qu'on vise, ce qu'on a en vue de spécifier dans cette appellation, c'est le contraste entre la qualité de la syphilide et l'âge de la syphilis où apparaît cette syphilide, c'est l'anomalie d'après laquelle telle syphilide qui n'a droit, suivant l'ordre habituel des choses, à entrer en scène qu'à une échéance plus ou moins reculée de l'infection, se manifeste d'une façon tout à fait prématurée, dès le début de l'étape secondaire; c'est, à parler net, le fait d'une syphilide tertiaire prenant lieu et place de ce à quoi l'on devait s'attendre, à savoir une syphilide secondaire.

Exemple : Un homme contracte, je suppose, la syphilis le 1er janvier; le 25, environ, il voit éclore une lésion qui, bientôt, prend les caractères d'un chancre syphilitique. Dans l'ordre usuel des choses, c'est une roséole qui, vers le 20 mars, devrait se produire sur lui. Pas du tout ! Au lieu d'une roséole, c'est une syphilide ulcéro-crustacée qui survient. Eh bien, cette syphilide qui n'est pas à son rang dans l'évolution classique, normale, de la syphilis, qui a devancé son heure d'entrée en scène, on lui donne le nom, dans le langage médical courant, de *syphilide maligne précoce*.

Certes, il y aurait à discuter longuement sur cette façon d'entendre la *malignité*, qui, dans cette acception, devient exactement synonyme de *gravité immédiate*. Et, à mon sens, je crois qu'il y aurait bien moins lieu d'appeler maligne une syphilis qui, d'emblée, se traduit par une manifestation grave quelconque, qu'une syphilis qui, après avoir débuté sous une physionomie bénigne, après avoir subsisté quelques mois ou quelques années sous les allures les plus rassurantes, aboutit tout à coup à un accident qui met subitement en danger la vie d'un organe, la vie même d'un individu (comme la syphilis cérébrale, par exemple). Ce mode de comprendre la malignité me semblerait bien plus conforme au sens étymologique du mot. Mais n'importe, mon dessein n'est pas de reprendre ici les discussions anciennes qu'a soulevées déjà cette insidiosité occulte qu'on a qualifiée, sans la comprendre, du nom de malignité. La question que j'ai en vue est tout autre, et cette question, la voici :

Existe-t-il, oui ou non, des formes éruptives secondaires auxquelles doive être appliquée légitimement l'appellation de syphilides secondaires malignes ?

Eh bien, *oui*, à mon sens, et c'est là ce que je vais essayer d'établir, en décrivant les manifestations éruptives de la syphilis qui, d'après moi, méritent cette qualification.

I

Jusqu'à présent, on n'a compris dans le groupe des syphilides malignes précoces que des syphilides de type ulcéreux, de type tertiaire par excellence.

Bazin et son élève Dubuc qui, les premiers, ont bien étudié ce sujet, ont décrit trois formes de syphilides malignes précoces, à savoir :

Une forme puro-crustacée;

Une forme tuberculo-ulcéreuse;

Une forme tuberculo-ulcérante gangréneuse.

Et depuis lors, à cela près de quelques modifications de détail, on n'a guère rien changé au tableau.

C'est dire qu'avec les auteurs précités on a continué à considérer la malignité de la syphilis comme astreinte à ne se traduire à la peau que par des lésions de type essentiellement tertiaire.

Or, c'est contre cette croyance que je veux tenter de réagir.

D'après ce que j'ai vu, il n'est pas que des syphilides malignes de type pustuleux, tuberculo-ulcéreux, gommeux, gangréneux, etc. Il est aussi des *syphilides secondaires malignes*, et de véritables syphilides malignes, bien dignes de ce nom, qui conservent la modalité, la physionomie franchement *secondaire*.

De cela voici la preuve.

D'une part, ces syphilides conservent, comme je viens de le dire, la modalité secondaire, et cela à triple égard :

1° En ce qu'elles sont profuses, disséminées, parfois même presque généralisées, contrairement au type tertiaire qui tend le plus habituellement à se localiser;

2° En ce qu'elles se distribuent au hasard, sans s'assujettir aux modes bien connus de groupement tertiaire;

3° Et surtout en ce qu'elles restent sèches, non ulcéreuses, non suppuratives, non désorganisatrices au total.

Et, d'autre part, tout en restant secondaires d'allure, de physionomie, d'ensemble, elles ne se différencient pas moins des types usuels de la période secondaire, à ce point qu'il est impossible de les assimiler à n'importe lequel d'entre eux.

Elles s'en différencient, comme nous allons le voir :

et par une intensité éruptive spéciale, soit comme étendue, soit comme caractère d'éruption;

et par une évolution notablement plus lente, plus durable;

et par une résistance inusitée au traitement spécifique;

et par association usuelle avec des troubles généraux plus ou moins intenses, plus ou moins sérieux, voire parfois alarmants;

tous phénomènes qui témoignent évidemment d'une *gravité morbide précoce*, d'une malignité initiale de la maladie.

Ces syphilides sont donc à la fois le produit et l'expression d'un état infectieux grave. Aux mêmes titres, donc, que les syphilides malignes de physionomie tertiaire, elles méritent la dénomination de syphilides malignes, bien que restant secondaires d'aspect, d'apparence, et, sans doute aussi, de constitution histologique

Quelles sont maintenant ces syphilides secondaires malignes? Je vais vous les décrire.

II

Elles comprennent trois types principaux; tout au moins j'en ai observé jusqu'à ce jours trois types qui peuvent être qualifiés de la façon suivante:

1° Syphilide papulo-tuberculeuse confluente;

2° Syphilide papuleuse exfoliatrice;

3° Syphilide papuleuse nigricante.

PREMIER TYPE. — **Syphilide papulo-tuberculeuse confluente**

Si je ne vous avais déjà dit à satiété que la papule et le tubercule sont des lésions similaires qui, au point de vue objectif tout au moins, passent de l'une à l'autre par des transitions insensibles, l'occasion me serait propice pour trouver ici l'affirmation de cette vérité banale.

Et, en effet, le type morbide que nous allons décrire est un mélange d'une foule d'éléments éruptifs qui, suivant leur développement, leur amplitude, peuvent être dits ou papules ou tubercules, ou, comme intermédiaire, papulo-tubercules.

Une grosse papule, une papule à la fois large et renflée, une papule méritant d'être dite *papulo-tubercule*, voilà l'élément éruptif, sinon exclusif, au moins prédominant, qui donne à ce type sa caractéristique propre. Comme largeur, par exemple, ces papulo-tubercules mesurent 5, 6, 8, quelquefois 10 millimètres de diamètre; et cela avec un relief de 2, 3, 4, voire 5 millimètres.

D'autre part, ces papulo-tubercules, qui forment le fond de l'éruption, qui donnent à l'éruption sa physionomie distinctive, sont remarquables à divers titres :

1° D'abord, par leur *orbicularité*. Ils ont un contour rond, circulaire, quelquefois géométriquement circulaire;

2° En second lieu, par leur *rénitence* au toucher. Ce sont des boutons pleins, qui ont « du corps », comme on dit en langage technique. Sans doute ils sont moins fermes, moins durs que certains tubercules tertiaires; mais ils n'en donnent pas moins au doigt la sensation d'un néoplasme plus ou moins résistant;

3° En troisième lieu, enfin, par leur *couleur* d'un rouge vif, ardent, phlegmasique, d'un rouge *coquelicot*, suivant l'expression d'un peintre à qui je montrais une lésion de ce genre en le priant de me la reproduire.

Et j'insiste sur ce dernier caractère, car c'est celui qui naturellement frappe l'œil de prime abord, celui qui appelle l'attention et contribue le plus activement à imprimer à l'éruption un cachet presque pathognomonique.

Contrairement au tubercule tertiaire vrai, à celui qui est décrit partout et qui offre, vous le savez, une teinte d'un rouge sombre, d'un rouge brun, d'un rouge jambon fumé et un peu vieilli, la papule tuberculoïde que nous avons en vue pour l'instant se distingue, je vous le répète, par un ton d'un rouge clair, d'un rouge coquelicot, pour conserver le terme de comparaison d'un homme autrement habile que nous à saisir et à spécifier les différences des couleurs (1).

(1) Voir, comme exemple, au musée Saint-Louis, un beau moulage de M. Baretta. — Collection générale, pièce n° 1417.

Quant à l'éruption, considérée d'ensemble, elle se signale par trois caractères importants, à savoir :

a) Sa confluence singulière ;

b) Sa dissémination ;

c) L'absence de groupements méthodiques de ses éléments.

a) L'éruption est, en effet, composée des papulo-tubercules que nous venons de décrire, et cela en nombre *considérable*, à la façon des exanthèmes secondaires qui se distinguent, on le sait, par la profusion de leurs éléments constitutifs. Ces papulo-tubercules, il faudrait les nombrer par centaines, ou, pour mieux dire, ils sont innombrables. Rien que sur la face comme sur la pièce numéro 1417) on en compterait 50, 60 et au delà.

b) D'autre part, l'éruption est disséminée, encore à la façon des exanthèmes secondaires (notez bien toujours ce point; toujours des attributs de secondarisme avec des lésions de physionomie tertiaire). Elle existe à peu peu près partout, mais avec prédominance sur certains sièges, où elle devient véritablement confluente et qui sont par ordre de fréquence : la face et le cuir chevelu ; — les membres inférieurs ; — et les membres supérieurs. Le tronc est, relativement au moins, épargné.

c) Comme dernier caractère, l'éruption est disséminée irrégulièrement, sans ordre, sans groupement méthodique, sans tendance à la circination, par exemple.

Est-il besoin de dire qu'en cela, encore, elle se rapproche de la modalité éruptive secondaire?

En ce qui concerne *l'évolution*, deux autres attributs viennent attester encore la malignité de ce type morbide.

1° C'est, en premier lieu, la *marche lente* et presque chronique parfois de l'éruption.

D'abord, une fois produite et parvenue à son stade adulte, l'éruption reste ce qu'elle est, sans tendance à se résoudre, à s'effacer, et cela non pas pour des semaines, mais pour des mois.

Très souvent, aussi, elle s'alimente et s'entretient par la production successive et répétée à maintes reprises d'éléments nouveaux, qui viennent remplacer les anciens au fur et à mesure de leur disparition.

2° C'est, en second lieu, la *résistance* prolongée de l'éruption au traitement spécifique.

Il n'en est pas de ce type éruptif comme des types secondaires usuels, sur lesquels le mercure exerce une action doublement remarquable et par l'intensité et par la rapidité de ses effets. Ici le mercure, même à fortes doses, même associé à l'iodure, reste longtemps à peu près inerte et ne s'oppose même pas, en nombre de cas, à ces recrudescences successives dont je vous parlais à l'instant.

Ce n'est qu'à la longue, après plusieurs mois et au prix de doses énergiques, qu'on parvient à dominer la maladie, à la maîtriser, à la guérir.

De cela, j'ai sous les yeux, actuellement, un exemple à vous citer.

Un de mes clients de la ville, homme très robuste, jouissant d'une excelente santé et observateur d'une hygiène rigoureuse, a contracté la syphilis en septembre 1892. Contrairement à toute attente, cette syphilis est devenue grave *ab ovo* et s'est traduite, sans parler de symptômes généraux divers, par une syphilide papulo-tuberculeuse particulièrement confluente sur cer-

taines régions, telles que le front, le cuir chevelu (qui est chauve), et les membres supérieurs. Or, en dépit d'un traitement inauguré dès le début et d'un traitement énergique porté jusqu'aux limites extrêmes de la tolérance buccale (protoiodure à la dose de 13 centigrammes par jour, frictions mercurielles, injections mercurielles, iodure de potassium, etc.), cette éruption a résisté depuis cinq mois et demi, et s'est même alimentée plusieurs fois par des poussées partielles. A coup sûr, elle est amendée aujourd'hui; mais, au train dont marchent les choses, j'estime qu'elle exigera encore plusieurs mois pour être entièrement guérie.

Et la plupart des cas de cet ordre que j'ai observés ont présenté une résistance à peu près analogue au traitement spécifique même administré *largâ manu.* (*A suivre*)

Jugement du tribunal de Saint-Quentin établissant comme créance privilégiée les honoraires des médecins consultants

Nous donnons ci-joints l'exposé des motifs rédigé par le docteur Surmay, président de l'Association des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin, au sujet d'un cas en litige à propos d'honoraires dus à des médecins consultants et nous le faisons suivre du jugement du tribunal qui donne raison aux médecins.

Voici en deux mots de quoi il s'agit : MM. les docteurs Desprez et Delaissement avaient été appelés en consultation auprès d'un malade, qui, alors à Saint-Quentin, avait fixé depuis son domicile à Chauny. A la mort du malade qui n'avait pas réglé ses consultations, le juge-commissaire chargé de la succession avait refusé de payer les deux docteurs sus nommés, les sommes réclamées par les docteurs Desprez et Delaissement, s'appliquant à des consulations extraordinaires et ne devant point bénéficier du privilège réservé aux médecins par l'article 2101 du code civil. D'où la réclamation ci-jointe et le jugement rendu en faveur des médecins consultants.

Note du docteur Surmay, adoptée à l'unanimité par l'Association des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin.

Attendu que le privilège établi par l'article 2101 du Code civil s'applique aux médecins qui ont donné leurs soins pendant la dernière maladie;

Qu'il n'est fait aucune distinction entre le médecin ordinaire et les médecins consultants;

Attendu qu'il résulte des faits que MM. Desprez et Délaissement se sont rendus à l'appel qui leur a été adressé par le malade et sa famille;

Qu'on ne peut dire dans l'espèce que le malade ou sa famille aient cédé à une fantaisie ou à un simple caprice;

Qu'on ne peut même avancer que le malade ou sa famille se soient inspirés d'une pensée de lucre;

Attendu, au contraire, qu'il s'agissait d'un accident très grave survenu inopinément au cours d'une maladie déjà fort grave par elle-même; que non seulement cet accident, par sa gravité, légitimait l'intervention d'un ou de plusieurs médecins consultants, mais exigeait même, par sa nature, l'appel de médecins spécialistes tels que sont MM. Desprez et Délaissement;

Que cette consultation trouvait encore un motif particulier dans cette circonstance que l'un des médecins appelés en consultation avait été le médecin habituel du malade alors qu'il habitait Saint-Quentin avant de se retirer à Chauny;

Attendu d'autre part que ladite consultation avait été d'abord provoquée par le médecin qui donnait ses soins au malade à Chauny;

Attendu enfin que les honoraires réclamés par les médecins consultants sont extrêmement modestes et fort au-dessous de ceux qu'autoriseraient l'importance de la maladie, la valeur et la situation des médecins et la distance parcourue, et que c'est par un sentiment d'humanité qu'ils ont d'eux-mêmes abaissé leurs prétentions autant que cela leur était possible;

Considérant que la question en litige intéresse non seulement les médecins demandeurs, mais encore et surtout le corps médical tout entier;

Qu'il s'agit donc ici non seulement d'un intérêt particulier, mais aussi et surtout d'un principe à défendre;

La Commission administrative déclare qu'elle donnera aux membres de l'Association sus-nommés, qui réclament son intervention, son concours moral et pécuniaire dans la poursuite de leur droit et pour les aider à obtenir justice.

Jugement

Frais de dernière maladie. — Ordre. — Rejet de demande en collation. — Admission du privilège. — Art. 2101, n° 3, 2104 C. c.

(Tribunal civil de Saint-Quentin, 7 juin 1893.

M. Bogaers, président. Me Gustave Dubois, avocat du barreau d'Amiens.)

Attendu que MM. Desprez et Délaissement, docteurs en médecine à Saint-Quentin, contestent le règlement provisoire en ce qu'il ne contient aucune collation à leur profit pour les sommes réclamées à raison des soins par eux donnés à Quennesson dans sa dernière maladie;

Qu'aux termes des articles 2101 n° 3 et 2104 C. c. les frais quelconques de la dernière maladie constituent une créance privilégiée;

Que la loi s'inspirant d'une pensée d'humanité vient en aide au débiteur malade qui pourrait, sinon être absolument abandonné, au moins ne pas recevoir tous les secours que son état réclame, s'il n'offrait aux personnes de qui le secours peut émaner qu'un crédit sans sûreté; qu'elle veut donc que les frais quelconques de la dernière maladie soient privilégiés;

Qu'il en résulte que les médecins, les chirurgiens, les pharmaciens, tous ceux, en un mot, qui sont appelés à donner des secours à un malade jouissent du privilège pour la créance dont le principe est dans le secours qu'ils ont donné;

Que, ces règles étant fixées, la seule question soumise au tribunal est celle de savoir si les soins donnés à Quennesson par les docteurs Desprez et Délaissement ont été donnés dans la mesure nécessaire au traitement du malade;

Attendu que Quennesson s'était retiré à Chauny après avoir résidé à Saint-Quentin de longues années;

Qu'il fut atteint en 1891 d'une maladie grave et vint à Saint-Quentin consulter le docteur Desprez qui institua un traitement sous la surveillance du docteur Tison, médecin à Chauny;

Que la maladie de Quennesson s'étant aggravée, le docteur Desprez fut appelé auprès du malade et fit six visites à Chauny, du 21 mars au 17 mai 1891;

Que l'état du malade devenant de plus en plus grave, Tison et Desprez eurent recours au docteur Délaissement qui connaissait les antécédents de Quennesson;

Que Délaissement fit à Chauny deux visites : 7 et 17 mai 1891;

Que Quennesson est décédé le 27 mai 1891; que les soins donnés par les contestants ont donc été donnés pendant la dernière maladie de Quennesson;

Qu'il est, en outre, constant que ces soins ont été donnés dans la mesure nécessaire au traitement du malade ; que les honoraires réclamés (300 francs par Desprez, 100 francs par Délaissement) n'ont rien d'exagéré, surtout si l'on considère que Chauny est distant de 26 kilomètres de Saint-Quentin ;

Que c'est donc à tort que les productions des contestants ont été rejetées par le règlement provisoire ;

Que les dépens doivent être employés en frais privilégiés de poursuite d'ordre ;

Dit que le règlement provisoire sera rectifié en ce sens que les docteurs Desprez et Délaissement seront colloqués par privilège pour le montant de leurs productions en vertu des articles 2101 n° 3 et 2104 C. c.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juillet 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Insectes antirabiques

M. J. Chatin lit un rapport sur une note du docteur Bomadjean (d'Erzeroum), relative à des insectes employés en Arménie contre la rage. Ces insectes sont des Mylabres qui renferment une grande quantité de cantharidine et sont, par conséquent, très toxiques.

De l'influence des nœuds du cordon sur la circulation fœtale

M. Budin lit sur ce sujet un rapport relatif à un travail de M. le docteur Lefour (de Bordeaux).

Les accoucheurs hésitent sur la question de savoir si les nœuds du cordon peuvent amener la mort du fœtus pendant la grossesse. Des observations et des expériences de M. Lefour, il résulte qu'un obstacle placé sur le trajet du cordon, tel qu'un nœud provoquant ou non la compression, est capable d'amener exceptionnellement la mort du fœtus. Cette mort pourrait se produire de deux façons différentes : 1° par simple obstacle mécanique à la circulation funiculaire ; 2° par thrombose consécutive à une altération vasculaire.

Traitement prophylactique du tétanos

M. Verneuil : Voici quel doit être le traitement topique des plaies soupçonnées d'être tétanifères :

Proscrire la réunion immédiate, sauf dans les cas bien rares de blessures pénétrantes et après essai de stérilisation des surfaces au moyen d'un agent microbicide appliqué pendant quelques heures.

N'employer aussi que très exceptionnellement la réunion immédiate secondaire après tentative prolongée de stérilisation, surtout au cas où les recherches bactériologiques négatives feraient espérer le retour du foyer à l'état de pureté.

Bien plus utilement, dans les plaies anfractueuses, user de débridements immédiats suffisants pour rendre les parois du foyer béantes et accessibles à l'action des topiques ; employer pour cela le thermocautère de préférence à l'instrument tranchant.

Exercer sur ce foyer des manœuvres aussi courtes, aussi simples, aussi précoces surtout que possible, avant l'apparition de la fièvre traumatique qui se développe, comme

on le sait, très vite et toujours avec intensité, en cas de grandes plaies contuses. Eviter, si l'on peut, comme je l'ai dit souvent, de blesser les plaies infectées anciennes, le tétanos ayant maintes fois surgi alors qu'on s'y attendait le moins et après l'expiration des délais ordinaires, de l'incubation, par suite d'un acte chirurgical très minime, (ouverture d'abcès, extraction d'une esquille, d'un fil à ligature, etc.).

Extraire sans doute les corps étrangers, mais à la condition de ne pas employer de violences capables d'augmenter l'étendues et les sinuosités du foyer ; les laisser plutôt dans la plaie en cherchant à les centraliser sur place, et, que la blessure soit récente ou ancienne, ne procéder à des manœuvres, quelles qu'elles soient, que sous le spray et après une balnéation très prolongée.

En cas d'attrition extrême, rendant inévitable la gangrène partielle de la main, du pied, ne pas trop chercher à suivre les anciens errements, à régulariser les plaies et à ne retrancher que le nécessaire pour que les contacts microbicides soient réalisables.

S'il s'agit de gangrène confirmée partielle, constatée après l'échec de la réunion ou dans les jours qui suivent la blessure, mais toujours pendant l'inoculation, se montrer également très sobre de l'excision des eschares, les sectionner plutôt dans le mort que dans le vif, après le thermocautère manié très lentement, et répéter plutôt les séances que de sacrifier trop et d'accroître brusquement le traumatisme.

Le foyer étant ainsi préparé, procéder à sa purification ou stérilisation par divers moyens : en premier lieu, le bain permanent ou très prolongé, avec pansement antiseptique dans les entr'actes, s'il y a lieu. Dans les régions où la balnéation est impossible, recourir à la pulvérisation, mais à la condition d'avoir un pulvérisateur puissant pour que la pulvérisation pénètre partout ; injection d'un liquide microbicide dans le foyer, répétée souvent. S'il s'agit de plaies planes, application répétée de compresses imbibées d'un liquide antiseptique et se moulant bien sur la surface de la plaie.

Les liquides microbicides les plus usités seront : les solutions médiocrement concentrées de chloral, d'acide phénique, de sublimé, plutôt chaudes, jamais froides; c'est pour cette dernière raison que je n'emploierais pas les pulvérisations d'éther, malgré leur grande puissance de pénétration et leur pouvoir microbicide très accentué. Par contre, je conseillerais de verser dans les foyers anfractueux de l'éther ou de l'huile iodoformés. D'une manière générale, je crois qu'il faut rejeter tous les liquides irritants dont l'application a paru, parfois, hâter l'apparition des accidents tétaniques.

S'il s'agissait de contusion étendue et profonde, de fracture compliquée avec plaie minime ne permettant guère la pénétration des liquides microbicides dans le tissu sous-cutané et si le degré de la lésion interdisait de larges débridements, je ne serais pas éloigné de pratiquer, dans la région contuse et à sa circonférence, des injections hypodermiques de liquide antiseptique assez profondes et à intervalles assez rapprochés.

En cas d'inflammation du foyer, de phlegmon, de lymphangite, j'utiliserais encore, outre les pulvérisations et les bains, les pointes de feu en série pénétrant dans le tissu cellulaire sous-cutané.

J'ajouterai un mot au sujet de la cautérisation des plaies suspectes. Les nombreux faits que j'ai recueillis tendent à prouver que la cautérisation, soit avec des caustiques, soit avec le fer rouge, n'empêche pas toujours la production du tétanos; il ne faudrait donc pas trop faire fond sur elle. Cependant, dans quelques cas où l'antisepsie de la plaie est impossible, je crois qu'on devra l'essayer.

Je recommanderai aussi le surchauffage des plaies des membres ou de certaines parties du tronc, quand il peut être appliqué : c'est là un moyen de tuer les germes morbides qui peut rendre des services.

M. Trasbot insiste sur deux des points signalés par M. Verneuil. Ce sont surtout les

plaies non pansées qui sont suivies de tétanos; cela explique pourquoi des blessures très légères des extrémités entraînent souvent cette redoutable complication qui manque après des plaies graves pansées antiseptiquement.

M. Verneuil a dit que la peau du cheval était tétanifère. La peau des ruminants peut l'être aussi, car M. Trasbot ayant pratiqué la castration chez 50 agneaux, en a vu 18 devenir tétaniques.

— La séance est levée et l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Debove sur les candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique. La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit : *En première ligne*, M. Hallopeau; *en deuxième ligne*, M. Laveran; *en troisième ligne*, M. R. Blanchard; *en quatrième ligne* et *ex æquo*, MM. Ferrand, Huchard et Legroux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er juillet 1893. — Présidence de M. Chauveau

Sommaire : Roger : Lésion du foie d'origine microbienne. — Pillet : Hémoglobinurie expérimentale. — Gley : Thyroïdectomie. — Charcot : Agraphie.

M. Roger : *L'inoculation sous-cutanée ou intra-veineuse da bacillus septicus futidus* détermine dans le foie des lésions extrêmement variées. Dans les cas aigus, où la mort survient en quatre ou cinq jours, on trouve une dilatation énorme des capillaires avec des foyers de thrombose irrégulièrement disséminés. Les organes renferment le microbe en abondance.

Quand la maladie a duré plus longtemps, de quinze jours à deux mois, la culture démontre que les organes ne renferment plus l'agent figuré ; or, on peut rencontrer dans le foie deux sortes de lésions, tantôt ce sont des foyers nodulaires caractérisés, soit par une dégénérescence vitreuse des cellules hépatiques soit par une accumulation de cellules rondes ; dans ce dernier cas, le foyer embryonnaire est parfois entouré par une couche de cellules nécrosées ou par un cercle amorphe, hyalin. Tantôt on observe une véritable cirrhose embryonnaire systématique et on trouve, au niveau des espaces portes, une accumulation de cellules rondes ou fusiformes qui se dirigent vers les espaces voisins; il en résulte des anneaux plus ou moins complets, enfermant dans leur intérieur un ou plusieurs lobules.

Un même microbe peut donc produire dans un même organe des lésions différentes ; il peut notamment susciter le développement de cirrhoses systématiques, dont l'évolution continue progressivement après que les agents pathogènes ont été éliminés ou détruits.

M. Pillet décrit les lésions de l'**hémoglobinurie expérimentale** produite par l'acide pyrogallique.

Cet agent a été employé déjà par Panatieu, pour la production de l'hémoglobinurie, et cet auteur a constaté que sa toxicité était supérieure à celle de la glycérine, nférieure à celle de la Toluidine diamine.

D'après les recherches de M. Pillet, sur les cobayes, l'hémoglobine infiltre les cellules du rein, soit en nature, elle est alors homogène, mêlée au plasma des cellules secrétantes, soit à l'état de dermes ; elle se présente dans ce cas sous forme de granules, plus ou moins fins, sa présence est révélée par l'éosine qui la colore en rouge brique.

Elle détermine des lésions épithéliales, comparables à celle des autres néphrites toxiques ; formation des boules d'exudat, tuméfaction et chute des cellules.

Si l'on examine le foie, on constate une lésion particulière des cellules hépatiques

qui fait comprendre pourquoi l'hémoglobine du sang, altérée par le toxique, n'est pas transformée dans le sang en produits biliaires, ce qui devrait se produire normalement : c'est que sous l'influence du toxique les cellules du parenchyme hépatique sont aussi frappées ; elles deviennent en majeure partie vésiculeuses, leur protoplasma perd ses granulations et elles ne contiennent ni bile ni hémoglobine.

Le foie est donc impuissant à transformer les produits altérés du sang et ils doivent être éliminés en nature par le rein.

Il est probable que le même phénomène se produit dans les autres hémoglobinuries et que l'élimination de l'hémoglobine par le rein est un signe d'insuffisance hépatique.

— M. Gley rapporte les résultats qu'il a observés au cours de cinquante-cinq thyroïdectomies pratiquées sur le lapin. Il n'a relevé que douze cas de survie et plusieurs fois il a constaté des morts tardives, du quinzième au quarante-sixième jour. Après l'ablation complète, les lapins, comme les chiens, présentent alors des troubles trophiques et une cachexie particulière. D'autre part, si on laisse quelques débris de la glande principale, on voit quelquefois un développement anormal de ces débris sans hypertrophie des glandules.

M. Gley signale enfin le cas intéressant de greffe thyroïde de lapin au chien rapporté par Ughetti et qui empêcherait le développement de la cachexie myxœdémateuse.

— M. Charcot rappelle l'observation d'une malade du service du docteur Charcot et dont l'histoire a déjà été publiée comme type d'*agraphie*. Cependant cette malade a présenté depuis quatre autres attaques qui sont venues troubler le type primitif, mais l'autopsie permet de rapporter à chaque phénomène observé la part qui lui revient.

Sur l'hémisphère gauche, on observe deux foyers de ramollissement, l'un situé à l'extrémité postérieure du pied de la deuxième circonvolution frontale, et l'autre s'étendant d'une part sur la partie moyenne de la deuxième frontale, et de l'autre sur le pied de la troisième frontale empiétant sur la frontale ascendante ; les foyers sont d'ailleurs superficiels.

Sur l'hémisphère droite existent trois plaques jaunes :

1° Sur les frontale et pariétale ascendantes.

2° Sur la pariétale ascendante ; sur la troisième frontale.

M. Charcot croit qu'il faut rapporter l'agraphie à la lésion de la deuxième frontale gauche, il pose les conclusions suivantes :

1° Il existe, à côté de l'agraphie d'origine sensorielle (par destruction du centre de vision verbale ou interruption des fibres de communication qui relient ce centre au centre moteur du membre supérieur), une agraphie motrice. Cette forme d'agraphie est au langage écrit ce que la logoplégie par lésion de la circonvolution de Broca est au langage parlé. Elle peut être définie, l'amnésie des mouvements coordonnés pour l'écriture.

2° Conformément à l'opinion soutenue par Exner et par M. Charcot, le centre de coordination des mouvements spéciaux pour l'écriture doit, selon toute ressemblance, être localisée dans la deuxième circonvolution de l'hémisphère gauche.

REVUE DE LA PRESSE DE PROVINCE

Etude pathogénique des ramollissements du cervelet, par M. L. D'Astros. (*Marseille Méd*, 15 mai 1893). — Les ramollissements du cervelet sont rares.

Une première cause de rareté est due au peu de fréquence relative des thromboses

dans les artères cérébelleuses et à l'exceptionnelle production d'embolies dans ces artères.

En second lieu, la nutrition du cervelet est assurée d'une part, par les larges anastomoses que les branches des cérébelleuses ont entre elles à la surface de l'organe, d'autre part par les relations que présentent la cérébelleuse inféro-postérieure avec la circulation bulbaire (artère vertébrale), et la cérébelleuse supérieure avec la circulation pédonculaire (artère cérébrale postérieure).

Les ramollissements du cervelet sont de deux ordres :

1° Les petits ramollissements du centre de l'organe ; 2° les grands ramollissements occupant tout un lobe ou sa moitié supérieure ou inférieure.

1° Les petits foyers de ramollissements centraux relèvent d'oblitérations, qui se font au delà des anastomoses de la surface dans les petites artères qui pénètrent dans le centre de l'organe ;

2° Quant aux grands ramollissements, ils exigent pour se produire des conditions multiples.

L'oblitération isolée d'une seule des artères cérébelleuses est probablement insuffisante à les déterminer.

L'oblitération simultanée de plusieurs cérébelleuses, par la suppression des suppléances anastomotiques, favorise la nécrobiose du cervelet : oblitération des deux cérébelleuses inféro-postérieures, des cérébelleuses inféro-postérieures et inféro-antérieures, des cérébelleuses supérieure et inféro-postérieure, etc.

Dans les thromboses ou athéromes de l'artère vertébrale et de la basilaire, troncs d'origine des artères cérébelleuses, le ramollissement du cervelet est inconstant et varie avec le nombre des cérébelleuses atteintes dans leur origine.

Les troubles de la circulation bulbaire (artère vertébrale) existent quelquefois avec l'oblitération de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure et favorisent le ramollisement du cervelet dans le territoire de cette artère (face inférieure du cervelet).

De même, des troubles dans la circulation pédonculaire (artère cérébrale) peuvent coexister avec l'oblitération de la cérébelleuse supérieuse et favoriser le ramollisssement de la face supérieure du cervelet dans le territoire de cette artère.

Aussi, l'on voit fréquemment les ramollissements du cervelet coexister avec des foyers de ramollissements plus ou moins étendus du bulbe (artère verterbrale), de la protubérance (artère basilaire), du pédoncule cérébrale (artère cérébrale postérieure).

Il résulte de ces coïncidences fréquentes que les symptômes cérébelleux sont souvent marqués au moins en partie par les symptômes graves qui relèvent des ramollissements bulbaires, protubérantiels et pédonculaires, et quelquefois par les syndromes nets de ces dernières localisations, tels que paralysie glosso-labio-laryngée, paralysie alterne inférieure (type Millard-Gubbler), paralysie alterne supérieure (syndrome de Weber).

Corps étranger de l'estomac simulant un cancer de cet organe. — M. FÉVRIER a présenté à la Société des sciences médicales de Lyon l'estomac d'un malade qui était entré à l'hôpital atteint d'oppression vive, d'anasarque et dans un état de cachexie assez prononcé. On constata l'existence d'un catarrhe compliqué d'emphysème, d'irrégularités du cœur. Pas d'albumine dans les urines.

L'état du malade était difficile à expliquer, quand il eut un jour des hématimèses. Interrogé sur son état gastrique antérieur, le malade raconta avoir eu déjà des vomissements semblables. Il déclara en outre vomir depuis assez longtemps et presque tous les soirs ses aliments.

A l'exploration de l'abdomen, on constata une forte dilatation de l'estomac avec flot très net. On sentit dans la région épigastrique une tumeur profonde diffuse. On posa le diagnostic de carcinome de l'estomac.

Le malade ne présenta pas la teinte jaune paille caractéristique de la peau. La constipation persista malgré l'administration de six gouttes d'huile de croton. Il y eut de nouveaux vomissements marc de café. Le malade ne s'alimentait plus. On pratiqua des lavages de l'estomac qui provoquèrent une légère amélioration. Mais le malade, qui ne pouvait plus supporter aucune nourriture, mourut bientôt dans un état de cachexie avancée.

A l'autopsie on ne constata aucune tumeur de l'estomac. Seulement cet organe renfermait une masse considérable de noyaux de pruneaux, de cerises, de pépins de raisins qui agglutinés par du mucus constituait une tumeur dificile à désagréger. C'est à l'obstruction formée au niveau du pylore par cette masse de corps étrangers qu'il faut attribuer la cachexie, l'anasarque et la mort du malade.

COURRIER

— M. Pacetti signale, dans la *Riforma medica*, l'observation d'un jeune épileptique, d'intelligence débile, qui est doué d'une mémoire prodigieuse, d'origine visuelle. A peine a-t-il regardé pendant un court moment un panorama très compliqué, qu'il est capable de le décrire ensuite avec la plus grande exactitude. Cette visualité est tellement prédominante que les sensations auditives, un peu intenses, se transforment immédiatement chez ce sujet en sensations colorées. Il a aussi imaginé des procédés de simplification des quatre opérations, sans avoir jamais pu opérer une division d'après la méthode classique. (*Revue scientifique.*)

Hôpitaux de Paris (Concours de l'internat). — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le jeudi 12 octobre à midi précis. — Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour subir la première épreuve.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le lundi 4 septembre, jusqu'au samedi 30 du même mois inclusivement.

Avis spécial. — Aux termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur 3e année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions que s'ils se sont fait de nouveau recevoir externes.

Par application de cette disposition, les externes de 3e année qui n'auront pas subi de nouveau le concours de l'externat seront, malgré leur rang, exclus de la liste des internes provisoires.

Concours de l'externat. — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le lundi 16 octobre, à 4 heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le vendredi 1er septembre jusqu'au lundi 25 du même mois, inclusivement.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Des syphilides secondaires malignes

Leçon recueillie par le docteur P. Portalier

(Suite)

III

Tel est le type de la syphilide papulo-tuberculeuse secondaire.

Signalons maintenant deux variétés qu'elle comporte.

1° *Syphilide papulo-tuberculeuse annulaire.* — Celle-ci n'est pas très rare, et récemment encore nous en avons eu dans le service un beau spécimen que cette photographie vous montre reproduit.

Comme son nom l'indique, elle consiste en une syphilide papulo-tuberculeuse disposée en anneaux plus ou moins réguliers, souvent même *en couronnes* rigoureusement mathématiques de forme.

Chacun de ces anneaux est constitué par une zone circulaire, quelquefois ovalaire, surélevée de 1, 2 à 3 millimètres au dessus des téguments, rosée ou rougeâtre d'aspect, et servant de cadre à un centre exempt d'infiltration, sur lequel nous allons revenir dans un instant.

Le diamètre de cette zone varie entre 2, 3 ou 4 millimètres ; et le diamètre total de la couronne entre celui d'une pièce de cinquante centimes et celui d'une pièce de 1 franc ; rarement il dépasse cette dernière proportion.

La partie centrale de la couronne qui, par opposition, paraît déprimée, tout en restant de niveau avec les téguments sains, est particulièrement remarquable par la teinte spéciale qu'elle revêt. Elle est toujours fortement bistrée, pigmentée, quelquefois grise, quelquefois d'un gris foncé, quelquefois même d'un gris noirâtre ; elle est « nigricante », comme disaient nos pères.

Et ce singulier ensemble d'un anneau rosé servant de cadre à un fond noirâtre, le tout tranchant sur une peau blanche, n'est pas nécessairement sans imprimer à l'éruption la physionomie à la fois la plus caractéristique et la plus bizarre.

L'éruption se compose toujours d'un nombre plus ou moins considérable de ces couronnes, lesquelles sont déposées sur la peau à petite distance les unes des autres. Souvent même, par le fait ou de leur confluence ou de leur agrandissement excentrique, quelques-unes d'entre elles arrivent à se toucher, à la façon de « circonférences tangentes », comme on dit en mathématique, et alors elles se présentent plus ou moins déformées.

Cette variété de syphilide affecte le plus communément le tronc, plus rarement le cou ou les membres. Je ne me rappelle pas l'avoir observée au visage.

A cela près de sa configuration si particulière, elle offre tous les attributs du type précédent comme confluence, comme lenteur d'évolution, comme résistance au traitement, etc.

2° *Syphilide papulo-tuberculeuse hémorrhagique.* — Cette dernière variété est tout à fait exceptionnelle. Je n'en ai guère que trois ou quatre cas dans mes souvenirs.

Elle consiste en des papules tuberculeuses du premier type, lesquelles présentent la particularité d'être devenues partiellement ou complètement hémorrhagiques. Elles offrent une teinte *sanguine*, purpurine, ne s'effaçant pas sous le doigt, témoignage non équivoque d'une suffusion de sang qui s'est produite dans leur tissu.

IV

Deuxième type. — **Syphilide papuleuse exfoliatrice**

Je ne saurais mieux faire, pour vous donner d'emblée une idée générale de ce type éruptif, que de prendre une comparaison et de vous dire : Il est à peu près ce qu'est un placard de dermatite exfoliatrice ou d'herpétide maligne. Et, en effet, entre ces trois types morbides, il est une analogie objective vraiment digne de remarque.

Cette syphilide se présente donc sous forme de placards rosés *exfoliants*.

Les grands placards qui la constituent communément ne sont pas primitifs. Ils résultent de l'agmination de papules originelles, primordiales, qui, confluentes, aboutissent à se confondre par voie de croissance excentrique. Donc, nécessairement, ils sont circonscrits à leur pourtour par des bords festonnés, géographiques, présentant çà et là quelques segments de circonférence, vestiges des papules initiales englobées dans l'ensemble éruptif.

Ces placards sont vastes, généralement comparables, comme surface, à l'étendue de la main, des deux mains, voire plus considérables encore quelquefois. Ils peuvent couvrir toute une région, comme la partie supérieure du dos, par exemple, comme toute la surface palmaire du plantaire, (y compris les doigts ou les orteils.

Ils peuvent être plus ou moins nombreux.

Le tronc, surtout à sa partie postérieure, et les extrémités des membres sont leurs localisations usuelles.

Déjà, de par leurs seules dimensions, ces placards éruptifs s'écartent de ce qu'il est habituel d'observer dans la syphilis secondaire, où des éruptions en nappe, de cette étendue surtout, sont tout à fait exceptionnelles.

Mais voici qui complète leur caractéristique objective.

Ces placards sont en état de *desquamation*, et leur desquamation est particulièrement remarquable à trois points de vue :

1° En ce qu'elle est abondante, beaucoup plus abondante que ne l'est la desquamation ordinaire des syphilides papuleuses ;

2° En ce qu'elle est caduque, c'est-à-dire qu'au lieu d'être adhérente (comme celle du psoriasis, par exemple) et de former des stratifications stables, des carapaces persistantes, elle se détache facilement, presque au fur et à mesure de sa formation ;

3° Et surtout en ce qu'elle se fait principalement en lamelles *foliacées* assez larges, membraneuses, semblables à des fragments de pelure d'oignon.

Elle est très différente, à ce point de vue, soit de la desquamation psoriasique, soit, plus encore, de la desquamation des syphildes papuleuses ; —

et, tout au contraire, elle se rapproche de celle de la dermatite exfoliatrice ou des herpétides malignes.

Aussi bien par ce fait, non moins que par l'étendue de ses placards, cette variété de syphilide comporte-t-elle l'aspect d'une éruption maligne ; du moins en éveille-t-elle l'idée, et cela principalement, je le répète, par sa desquamation foliacée.

Ajoutez enfin qu'elle est particulièrement tenace, rebelle, qu'elle résiste longtemps au mercure, non moins qu'au traitement topique.

V

TROISIÈME TYPE — **Syphilide papuleuse nigricante**

Ce type emprunte sa caractéristique non pas, comme tel ou tel des précédents, à quelque attribut de sa phase éruptive, mais bien à *un reliquat post-éruptif*, à savoir suffusion pigmentaire que laisse après elle l'éruption.

A sa période d'état, c'est purement et simplement une syphilde papuleuse n'ayant rien de bien remarquable ; une syphilide papuleuse à papules, certes, assez confluentes, assez larges, de forme intense et durable, mais dont par cela seul on ne songerait pas à faire un type malin. Et c'est tout à coup que la malignité ou, du moins, la gravité du type se révèle, alors justement que l'éruption entre en voie d'effacement.

Oui, c'est avec le début de la phase régressive des papules qu'apparaît le caractère qui dénonce décidément la gravité du cas, et, cela, au moment même où l'on croit tout fini ou sur le point de finir. Car, à ce moment, c'est-à-dire alors que la desquamation s'est effectuée, alors que les papules sont aplanies, des macules de terminaison commencent à se révéler avec une teinte anomale toute particulière.

D'un rouge brun, d'un rouge jambon, tout d'abord, ces macules se foncent bientôt, se foncent de plus en plus, deviennent grisâtres, gris noir, *pigmentaires*, dans toute l'acception du mot, quelquefois même presque noires. Bref, l'ancien exanthème devient *nigricant*, suivant un terme d'autrefois.

De là le nom que j'ai proposé de donner à ce type morbide de *syphilide papuleuse nigricante.*

Voyez, sur cette belle photographie, la reproduction d'un cas de ce genre, que vous avez pu observer dans le service il y a quelques mois.

Voyez aussi, sur cette autre photographie, un cas de même ordre qui a été récemment observé par un syphiliographe éminent de New-York, le docteur R.-W. Taylor.

Or, cette pigmentation post-éruptive est de telle nature, de telle intensité, qu'elle constitue pour le patient non pas une phase d'atténuation, mais une phase d'aggravation de sa maladie. Rappelez-vous ce que nous disait notre dernière malade : « Vous prétendez que ma syphilide est guérie ; mais mon éruption est bien plus visible, bien plus apparente, bien plus laide qu'elle n'a jamais été. Elle était rose avant d'être guérie ; maintenant la voici toute noire ! Je n'ai fait que perdre au change. »

Et la désolation des malades ne laisse pas de se prolonger. Car, le propre par excellence de cette pigmentation posthume, c'est d'être étonnamment persistante, c'est d'être absolument rebelle à toute médication. Le mercure et l'iodure n'y font rien, en effet ; et tous les topiques mis en usage jusqu'à ce jour ne l'influencent pas davantage. Elle ne s'épuise, elle ne s'efface que

par le temps, et au prix de beaucoup de temps. Mais, enfin, combien de temps? allez-vous dire. A cela je ne saurais encore vous répondre d'une façon péremptoire, car il ne m'a pas été donné jusqu'ici de suivre assez longtemps les malades affectés de la sorte pour assister à l'époque de leur délivrance. Tout ce que je sais de la question se borne à ceci: c'est que 3, 4 mois et plus s'écoulent quelquefois sans que l'on constate la moindre atténuation des taches; c'est que deux ou trois fois j'ai vu les taches, bien que notablement atténuées, persister encore après 8, 10, 12 mois. Il faut bien que, finalement, ces taches s'effacent et disparaissent, puisqu'on ne connaît pas, puisqu'on n'a pas cité d'exemple où elles aient subsisté d'une façon indéfinie; mais après combien de temps les malades en sont-ils délivrés, c'est là ce qui reste à établir par des observations ultérieures.

VI

Telles sont les trois formes de syphilides auxquelles peut être appliquée la dénomination de syphilides secondaires malignes.

Cette dénomination, vous venez de voir qu'elle est justifiée par la modalité anomale et grave que revêt l'éruption dans ces trois formes, modalité éruptive tout à fait différente de celle que présentent les syphilides communes, usuelles, de la période secondaire.

Elle n'est pas moins justifiée à un autre point de vue, non moins probant et décisif en l'espèce, à savoir: la qualité des symptômes qu'il est habituel d'observer en coïncidence avec les syphilides de cet ordre.

Les syphilides de cet ordre, en effet, ne se produisent pas isolément. Presque invariablement elles font partie d'un ensemble, d'un cortège de manifestations spécifiques. Or, quelles sont ces manifestations?

D'abord, des accidents syphilitiques toujours plus ou moins sérieux, au nombre desquels figurent: en première ligne, l'iritis ou l'irido-choroïdite, compagne habituelle des états graves de la syphilide secondaire; — la céphalée; — les périostites; — les douleurs ostéocopes, les myosalgies.

Très souvent aussi la fièvre syphilitique vient prendre place dans la scène morbide, et quelquefois sous des formes sérieuses, persistantes, longues (*typhose secondaire*). — Puis à cela s'ajoutent habituellement des troubles nerveux: insomnie; névralgies ou douleurs névralgiformes; troubles divers de la sensibilité. — Puis des troubles digestifs: inappétence, dégoût, dyspepsie, etc; — et, plus encore, des symptômes généraux d'anémie, d'amaigrissement, de perte des forces, d'asthénie générale (musculaire et splanchnique), de courbature, de fatigue, d'accablement, quelquefois même (mais bien plus rarement) d'une sorte de cachexie aiguë, de cachexie toxique, semblant menacer les sources mêmes de la vie.

Simple détail, mais détail topique en l'espèce: Est-ce que ces syphilides (d'ordre secondaire, ne l'oubliez pas) font usuellement société avec le plus commun de tous les accidents secondaires, avec l'accident secondaire par excellence, à savoir: la plaque muqueuse? Généralement, non. Je n'oserais dire toujours, mais presque toujours la plaque muqueuse fait défaut sur les malades affectés de telles syphilides. Il semblerait que la diathèse, alors qu'elle se caractérise par ces formes graves de manifestations cutanées, est au-dessus de la plaque muqueuse, qu'elle a dépassé le niveau de cet accident bénin, qui ne va plus de pair avec elle, si je puis ainsi parler.

En tout cas, la coïncidence usuelle avec les syphilides de cet ordre de manifestations ou importantes ou même graves, notamment de troubles généraux affectant tout l'être et s'en prenant à ce qu'on appelle *la santé*, constitue une preuve significative à l'appui de ce que je disais tout à l'heure, à savoir : que les trois types anormaux de syphilides secondaires dont l'étude vient de nous occuper sont l'expression d'un véritable état de malignité morbide. Très sûrement, elles témoignent d'une infection *intensive*, au moins pour le présent, pour l'heure actuelle, d'une infection supérieure comme nocivité possible à ce qu'elle est usuellement.

Et c'est à ce titre que ces syphilides secondaires anormales m'ont paru surtout dignes d'une description particulière.

Hopital Necker. — M. le docteur Rendu

Hémiplégie hystérique d'origine traumatique. — Atrophie musculaire

L'hystérie mâle est aujourd'hui très connue, et nous semble commune : nous en avons eu deux faits récents fort dissemblables, intéressants à comparer et à opposer l'un à l'autre.

Le premier malade est un nommé Ch. Gervy, 29 ans, jardinier, entré le 14 avril dernier pour une paralysie du bras et de la jambe gauche, survenue dans des conditions particulières.

Jusqu'au 9 avril, il avait toujours joui d'une santé parfaite, et dans sa famille même, on ne trouve aucune tare nerveuse; ses parents sont encore vivants, donc rien *a priori* ne faisait prévoir chez lui d'accidents névropathiques. Le dimanche 9 avril, il éprouva une forte émotion : un individu avec lequel il était en désaccord excita contre lui un gros chien de Terre-Neuve; le chien se précipita sur notre homme, lui fit quelques égratignures au devant de la poitrine, et le mordit à la cuisse gauche. Aucun accident ne s'ensuivit immédiatement : il avait seulement éprouvé une émotion violente mais fugace. Le reste de la journée il continue son travail, et le soir se couche tranquillement.

Le lendemain lundi, il s'éveille avec une sensation de lourdeur et d'engourdissement dans le côté, il recommence malgré cela à travailler : le mardi et le mercredi, l'engourdissement augmente et arrive à une véritable impotence des deux membres gauches; le jeudi, l'hémiplégie est complète, et le vendredi il se fait conduire à l'hôpital.

A son arrivée, il présentait les signes les plus nets d'une hémiplégie hystérique : il avait en effet une hémiplégie motrice incomplète du bras et de la jambe gauches; les mouvements étaient lents et difficiles, la marche, traînante, ne pouvait se faire sans le secours d'une canne ou d'une béquille. Le bras était encore plus impotent que la jambe, et à peine si le malade pouvait porter sa main à sa bouche, et au dynamomètre il ne donnait pas une pression d'un demi-kilogramme.

En même temps, et c'est un fait très intéressant, il existait une hémiplégie faciale peu accentuée mais réelle : la face se déviait à droite dans le rire, et quand le malade s'animait en parlant. L'orbiculaire de la paupière était intact, la parésie ne portait donc que sur le facial inférieur.

L'hémianesthésie était complète, toutes les sortes de sensibilité, au con-

tact, à la douleur, à la température, à la pression, les sensibilités musculaire et articulaire elles-mêmes avaient disparu, le malade n'avait aucune notion du poids, de la forme des objets, de la position de ses doigts qu'on pouvait croiser les uns sur les autres; la sensibilité des muqueuses était également abolie, dans le nez, la bouche, le pharynx, le conduit auditif externe, la cornée. Le champ visuel était rétréci, l'acuité visuelle diminuée, la notion des couleurs perdue, mais il n'y avait pas de polyopie monoculaire ni de micromégalopsie.

L'acuité auditive était diminuée à gauche, tous les organes étaient sains, les réflexes conservés, et même un peu exagérés du côté paralysé; le sommeil, l'appétit, l'intelligence étaient intacts, et le malade était peu préoccupé de sa paralysie.

Vous le voyez, c'est un type de paralysie hystérique, survenue en pleine santé, à la suite d'une frayeur, avec prédominance des troubles sensitifs sur les troubles moteurs, et sans retentissement sur l'état général.

Pouvait-on songer à une autre sorte de paralysie?

Les hémiplégies de la jeunesse sont presque toutes d'origine syphilitique; leur début est lent et progressif ordinairement, parfois brusque : ici nous n'avions ni accidents ni stigmates de la syphilis.

Une hémiplégie causée par un tubercule cérébral est encore plus rare; et puis même quand le début est inopiné on retrouve presque toujours des antécédents de céphalée, de vertiges, de troubles visuels, d'amaigrissement, de vomissements; or, nous n'avions eu aucun de ces signes.

L'hémorrhagie cérébrale se voit très rarement dans la jeunesse : elle est cependant possible : j'en ai observé un fait des plus nets dans ma clientèle chez une fillette de 14 ans. Ordinairement, l'hémorrhagie est favorisée par une affection rénale concomitante, ou une insolation, ou une prédisposition de famille, ou un mauvais état des artères : chez notre homme le rein et le système vasculaire étaient intacts.

Une hémiplégie par embolie cérébrale était inadmissible, on n'avait en effet ni début brusque ni affection cardiaque qui pût justifier pareille hypothèse.

Nous avons donc bien eu affaire à une paralysie hystérique, mais qui présente plusieurs particularités.

D'abord le mode de début : ce n'est pas au moment de l'accident que s'est faite la paralysie, l'émotion semble avoir été superficielle et s'être dissipée sans laisser de traces. Après une nuit de sommeil tranquille, les phénomènes d'inhibition commencent à se manifester, en augmentant pendant trois jours consécutifs, du lundi au jeudi. C'est un mode de début assez fréquent dans la paralysie hystérique. Pitres a rapporté l'histoire d'une dame qui un soir reçoit une note désagréable d'un créancier, et le lendemain seulement est prise d'un ictus apoplectique.

Charcot rapporte l'histoire d'une autre dame qui reçoit pendant son sommeil une planchette sur la figure ; elle se rendort sans grand mal, mais à son réveil est prise d hémiplégie. Moi-même j'en ai observé un cas de ce genre ; il a trait à un homme qui assista à la catastrophe de Velars : il était dans le train, et ne subit aucun accident, il organisa des secours toute la nuit sans ressentir de malaise, mais trois jours après fut pris d'affaiblisse-

ment progressif, d'hémiparésie et de tremblements qui persistaient trois mois après.

L'impression morale n'amène donc que secondairement des troubles d'inhibition cérébrale.

Le second point intéressant est la paralysie faciale.

Ordinairement, elle n'est qu'apparente, et elle est due à un hémispasme glosso-labié du côté malade ; au repos, la bouche est asymétrique; la langue se dévie du côté malade, elle est animée de contractions fibrillaires spasmodiques.

Ici rien de semblable, nous avions affaire à une vraie paralysie faciale, du côté correspondant aux membres paralysés.

Le fait est rare, mais il est certain. Ballet en a montré deux exemples à la Société médicale des hôpitaux. Chantemesse un autre, que j'ai soigné plus tard pour de l'astasie abasie. Boinet, Konig (1892), Babinski et Charcot admettent tous cette paralysie.

Elle a pour caractéristique sa grande mobilité et son inconstance ; elle n'est jamais très prononcée, les mouvements unilatéraux des commissures peuvent être exécutés presque également des deux côtés ; la parésie s'exagère dans les mouvements voulus, et quand le malade parle ou rit. Ce dernier caractère n'est cependant pas très exact, car Konig signale que la parésie est surtout marquée au repos.

C'est le type des paralysies fonctionnelles que Babinski appelle paralysies systématisées : elles coïncident parfois avec des spasmes du cou et de la face, elles guérissent très vite ; chez notre malade, la paralysie disparut au bout d'une dizaine de jours après quelques séances de faradisation. En même temps nous avons essayé l'hydropthérapie, la suggestion, en donnant un dynamomètre au malade, et en lui persuadant que chaque jour il faisait des progrès.

L'amélioration fut progressive et les mouvements de la jambe revinrent graduellement ; dès le 25 avril, il commençait à marcher seul sans canne, mais il persistait une grande faiblesse. Le 29 avril, le malade descend les escaliers ; au dynamomètre il ne faisait encore qu'un ou deux kilogrammes de la main gauche.

Le 6 mars, il atteint 10 kilogrammes, les mouvements de flexion et d'exten·ion de la main sont plus faciles, l'élévation du coude et l'abduction du bras, par contre, sont impossibles.

Du 12 au 24 mai, les forces reviennent et au dynamomètre il marque 30 kilogrammes ; l'impotence fonctionnelle du deltoïde persiste, et dès à ce moment il est facile de remarquer que le deltoïde, le sus et sous-épineux s'atrophient, de même le triceps, et un peu le biceps et le brachial antérieur.

Ici se pose la question de l'amyotrophie hystérique. Elle est encore mal connue, et il n'y a pas longtemps encore on la niait.

L'atrophie peut être compliquée de contracture, de paralysie, ou exister seule.

Autrefois, on admettait que la persistance des contractures ou des paralysies sans atrophie était un signe certain d'hystérie ; c'est vrai souvent, mais ce n'est pas absolu.

Charcot, Babinski (*Prog. méd.*, 1888), Brissaud, Ballet, ont publiés des exemples probants d'atrophie hystérique.

Aujourd'hui, on en décrit plusieurs types cliniques.

Un premier type rappelle tout à fait les atrophies musculaires progressives d'origine cérébrale ou spinale, c'est le plus commun. Les muscles de la région paralysée diminuent de volume, les déformations sont les mêmes que dans l'atrophie musculaire progressive.

Ces atrophies peuvent être généralisées ou circonscrites; elles présentent pourtant certaines particularités; d'abord la rapidité de la fonte musculaire qui se fait en quelques semaines, l'absence de signes douloureux et même de fourmillements, l'absence de contractions fibrillaires; la réaction électrique est conservée même quand les fibres musculaires sont presque disparues, et, fait très important, il n'y a pas de réaction de dégénérescence ni d'excitabilité galvanique exagérée; cela prouve que la structure des muscles n'est pas gravement altérée et que les propriétés physiologiques restent intactes.

Presque toujours ces atrophies siègent à la racine des membres. Ballet a rapporté un cas d'arthrite de la hanche avec atrophie des muscles de la fesse, comme dans le cas d'arthrite tuberculeuse.

D'autre part, ces sortes d'atrophies ont une tendance progressive comme dans la maladie de Duchenne. Raynaud (in th. de Michaut) signale une atrophie chez un individu atteint de monoplégie du bras droit, ayant débuté par les muscles antibrachiaux internes et antérieurs, puis ayant gagné les muscles des éminences thenar et hypothenar; il n y avait ni contraction fibrillaire ni réaction de dégénérescence.

Un second type simule les névrites périphériques. Chantemesse et Vidal (Société des hôpitaux, 28 mars 1890), en ont signalé un cas consécutif à l'ablation d'un ganglion du cou; c'était une atrophie générale du bras de l'avant-bras, de l'épaule, des muscles sus et sus-épineux, du grand dentelé; les doigts étaient effilés, amincis, la peau lisse, atrophiée, luisante, les ongles altérés, etc.

Ce sont là de vrais troubles trophiques identiques à ceux des névrites.

Le mécanisme de ces lésions est difficile à expliquer.

Est-ce une inhibition des centres nerveux, avec suppression de la fonction, et amenant l'altération et la diminution de la fibre musculaire; c'est possible et même probable, dans un certain nombre de cas; le point inhibé serait dans l'écorce cérébrale ou dans les cellules spinales des cornes antérieures d'après Pitres.

Peut-on invoquer une névrite véritable pour certains cas? C'est une opinion qui a été émise en Angleterre et Bristowe a publié des cas de névrite périphérique hystérique. Dans l'un d'eux, il s'agit d'une institutrice de 26 ans, hystérique et atteinte de paraplégie; son père l'avait abandonnée étant enfant. A l'âge de 9 ans, elle avait eu un traumatisme du petit doigt de la main gauche, qui était devenu gonflé et douloureux; l'œdème s'était étendu au poignet et au coude pendant plusieurs mois. Depuis elle avait eu plusieurs autres crises douloureuses avec gonflement du doigt et de l'avant-bras durant six à sept semaines; ces crises cessaient après une nuit de sommeil réparateur.

Pendant ce temps, la main était tuméfiée phlegmoneuse; la motilité et la

sensibilité perdue, enfin la guérison survenait progressivement et complètement.

A plusieurs reprises, elle avait eu des attaques du même genre avec extension de la douleur à l'épaule et à la poitrine.

J'ai un fait personnel assez analogue simulant une névrite radiculaire consécutive à une ponction du foie : le malade était probablement un hystérique.

Les troubles fonctionnels des nerfs, suivant Bristowe, peuvent à la longue déterminer des altérations inflammatoires et dégénératives.

Ces troubles trophiques nous conduisent à l'examen d'un deuxième malade, chez lequel la névrose affectait une localisation exclusivement viscérale.

C'est un meunier de 52 ans, venu pour des étouffements et des palpitations le 15 mai dernier. Pendant 3 jours, il avait eu des prodromes, des malaises, de la céphalée, des étourdissements. Le 14 mai, il est frôlé par une voiture dans la rue, il en ressent une grande frayeur, s'appuie sur un banc et s'affaisse sans avoir été aucunement blessé : depuis, il était oppressé, la respiration était courte, accélérée, 50 par minute, tandis que le pouls restait calme. En arrivant, il avait bien l'aspect d'un nerveux, les yeux brillants, mobiles ; un tremblement surtout marqué à gauche agitait tous ses membres, et faisait penser un peu à une sclérose en plaques : la langue elle-même était agitée de trémulation.

Enfin, on remarquait des sueurs profuses, infiniment plus abondantes du côté gauche, le conduit auditif externe et la cavité de l'hélix étaient remplies de sueurs qui coulaient jusque sur l'oreiller.

L'impotence fonctionnelle était également plus marquée à gauche : il n'y avait ni hémianesthésie sensitive ni sensorielle, mais des troubles viscéraux comparables aux troubles sécrétoires cutanées : il avait en effet de l'emphysème diffus et des râles sibilants de bronchite beaucoup plus abondants à gauche. L'angoisse précordiale était hors de proportion avec les lésions, elle simulait une angine de poitrine. Nous avions là évidemment des troubles vaso-moteurs unilatéraux de même ordre que les lésions trophiques précédentes.

La pathogénie en est très discutable, la cause des accidents était vraisemblablement psychique et d'origine centrale ; mais le centre des vaso-moteurs agit-il directement sur les vaso-moteurs ou par l'intermédiaire des nerfs périphériques, c'est ce qu'il est impossible de dire.

Revenons maintenant à notre premier malade. Le pronostic de son amyotrophie est difficile à établir ; il est probable qu'il guérira vite et facilement : pourtant, dans certains cas, la réparation est lente, et l'impotence fonctionnelle peut résister indéfiniment. Chauffard nous a montré un cas d'atrophie hystérique très ancien et persistant.

Les paralysies et les contractures durent peu au contraire, surtout lorsqu'elles sont traitées dès le début : si elles sont négligées, elles peuvent persister indéfiniment.

La suggestion peut être utile comme moyen thérapeutique, mais ne guérit pas les amyotrophies.

Le massage, la faradisation, et surtout la galvanisation et l'hydrothérapie sont excellents ; il faudra y ajouter un exercice méthodique avec mouvements provoqués.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juillet 1893. — Présidence de M. PÉRIER.

Traitement des appendicites

Continuant la discussion qui s'est engagée dans la séance précédente, MM. REYNIER, MONOD et SCHWARTZ sont d'avis, comme M. QUÉNU, qu'il faut, dans le traitement des appendicites, se borner à faire le nécessaire, c'est-à-dire, lorsqu'il y a une collection purulente, l'évacuer, la laver et drainer, sans chercher à pratiquer la résection de l'appendice, que l'on tend aujourd'hui à regarder comme une nécessité.

M. Reynier fait ressortir à ce propos les inconvénients graves que peut présenter la recherche de l'appendice en ce qu'elle expose à l'infection de la cavité péritonéale, par la destruction des adhérences, et même quelquefois à une perforation du cœcum, ainsi que cela lui est arrivé dans un cas. La guérison s'obtient, d'ailleurs, parfaitement bien, d'une façon définitive, sans cette résection de l'appendice. M. Reynier cite 3 observations à l'appui de cette opinion, et M. Monod vient confirmer ces faits en rapportant une observation d'appendicite suppurée, traitée par simple incision, lavage et drainage sans résection de l'appendice et suivie d'une guérison parfaite. M. Schwartz cite également 2 observations dans lesquelles il a borné son intervention à l'évacuation de l'abcès, à un lavage et à un drainage; ces 2 malades ont complètement guéri, sans récidives.

M. TUFFIER rappelle qu'il a opéré 4 fois dans des cas de péritonite aiguë généralisée; il a obtenu 2 morts et 2 guérisons. L'un des deux malades guéris est celui qu'il a montré tout dernièrement à la Société de chirurgie, l'autre est un étudiant en médecine, âgé de 19 ans, qu'il a opéré 48 heures après le début des accidents; l'appendice, gangrené, fut réséqué, de même que dans le premier cas, où il existait une perforation avec un corps étranger.

Traitement des orchites tuberculeuses

M. MARCHAND, sans nier les services que peuvent rendre, dans certains cas, les injections interstitielles, n'a de préférence pour aucune des substances médicamenteuses appliquées à ce mode de traitement, et, à moins de raisons d'ordre purement morphologiques, il préfère l'extirpation des ganglions, que la périorchite rend quelquefois difficile, sans jamais cependant la rendre impossible. On peut même enlever en totalité des masses suppurées des plus volumineuses. M. Monod cite également des cas dans lesquels il a enlevé complètement d'énormes paquets ganglionnaires; la suppuration n'est pas un obstacle à l'opération, les difficultés provenant surtout de l'état de la capsule.

Intoxication par le naphtol camphré

M. NÉLATON et M. KIRMISSON viennent, l'un après l'autre, lire deux rapports sur des observations relatives à des cas d'intoxication par le naphtol camphré.

Dans la première de ces observations, due à M. Calet (de Berk-sur-Mer), il s'agit d'un jeune homme coxalgique, chez lequel on avait déjà injecté, à plusieurs reprises, dans la cavité d'un abcès confluent, 10 à 15 grammes de naphtol camphré, lorsqu'on lui injecta, en une seule fois, 40 à 45 grammes de ce liquide Cette injection fut suivie d'accidents comateux auxquels succédèrent des crises épileptiformes; l'incision large de la poche et l'évacuation de son contenu amenèrent la cessation des accidents.

M. MÉNARD (de Berk-sur-Mer) a vu également des accidents épileptiformes se pro-

duire après une injection de 50 grammes dans un cas, et de 20 grammes seulement dans un autre cas.

M. Périer a observé, dans deux cas seulement, des troubles légers imputables au naphtol camphré, et chaque fois il s'agissait de malades présentant une susceptibilité spéciale vis-à-vis de tous les antiseptiques, sauf l'acide borique.

M. Gérard-Marchand a vu des accidents épileptiformes à la suite de l'injection d'une demi-seringue de Pravaz de naphtol camphré, chez une malade qui était fortement albuminurique. M. Verneuil attache une grande importance à l'état des reins, au point de vue de ces accidents, qu'on observe également avec l'éther iodoformé.

Présentation de malade

M. Lucas-Championnière montre un malade chez lequel il a fait une cure radicale de hernie traumatique.

COURRIER

Corps de santé de la marine et des colonies. — Liste d'embarquement des médecins de première classe.

Brest. — MM. 1. Guézennec; 2. Dubut; 3. F. Kergrohen; 4. Laugier; 5. Vergos; 6. Négadelle; 7. Bourdon.

Cherbourg. — MM. 1. Deblenne; 2. Fras; 3. Branellec; 4. Salaün; 5. Nollet; 6. Duprat.

Lorient. — MM. 1. Bahier; 2. Thamin; 3. Ropert; 4. J. Kergroben; 5. Palasne de Champeaux; 6. Du Bois Saint-Sévrin.

Rochefort. — MM. 1. Dufour; 2. Julien-Laferrière; 3. Mialaret; 4. Gorron; 5. Touchet; 6. Lassabatie; 7. Planté; 8. Torel; 9. Mercié; 10. Brou-Duclaud; 11. Tardif; 12. Machenaud.

Toulon. — MM. 1. Buisson; 2. Durand; 3. Gauran; 4. Ourse; 5. de Bonadona; 6. Amouretti; 7. Cauvet; 8. Aubert; 9. Pons; 10. Jabin-Dudognon; 11. Durbec; 12. Philip; 13. Boutin; 14. Théron; 15. Reynaud; 16. L. Alix; 17. Barrême; 18. Curet; 19. Raffaëlli; 20. Cognes; 21. Poulain.

Mutations. — MM. les médecins de première classe Torel, Mercié, Brou-Duclaud et Tardif sont envoyés à Cherbourg pour le service à la mer pendant la mobilisation

Deux médecins de première classe, du port de Rochefort, pris dans la deuxième moitié de la liste d'embarquement, seront détachés à Brest, pendant deux mois. Cette destination échoit à MM. Lassabatie et Machenaud.

— Nous trouvons dans le *Poitou médical* un cas d'extraction d'une dent chez un enfant de vingt-huit jours.

A l'examen de la bouche, dit le docteur Moore, je constatai la présence de l'incisive médiane gauche de la mâchoire inférieure; cette dent était très mobile, ce qui explique la douleur que l'enfant éprouvait au moindre toucher; la gencive était très enflammée; ces raisons seules suffisaient pour justifier l'extraction.

De plus, la mère avait une forte ulcération du seul mamelon qui lui restât.

La dent extraite était normale Quelques cas semblables ont été publiés, mais les enfants n'ont pas été suivis. M. Moore se propose de ne pas perdre cet enfant de vue, afin de voir les modifications que l'avulsion de la dent produira dans la marche de la dentition et dans le développement du maxillaire.

— M. le docteur G. Caussade, chef du laboratoire de clinique chirurgicale (Pitié), est

nommé chef de laboratoire de clinique chirurgicale du laboratoire des cliniques (Hôtel-Dieu).

M. le docteur Pillet, aide-préparateur des travaux pratiques d'histologie, est nommé chef du laboratoire de clinique chirurgicale (Pitié).

— Un de nos confrères fait remarquer qu'il ne serait que juste d'accorder un sursis d'appel aux étudiants réservistes qui concourent cette année pour l'internat, ce concours et leur appel pour les vingt-huit jours, coïncident presque ensemble. Nous ne pouvons qu'applaudir aux démarches qui sont faites dans ce sens auprès des bureaux.

— Nos lecteurs ont pu voir dans les journaux politiques qu'au cours des troubles de ces derniers jours, l'Hôtel-Dieu avait été envahi par les agents de police. C'est là un fait grave qui a provoqué des lettres de protestation du professeur G. Sée et des internes; nous attendrons, pour l'apprécier, des renseignements plus complets.

Congrès de la repopulation de la France. — Lundi prochain, à trois heures et demie précises, aura lieu à la mairie du IXe arrondissement, rue Drouot, 6, la première séance du congrès de la repopulation de la France, organisé par l'Alliance des Savants et des Philanthropes. Cette séance, à laquelle le public pourra assister, sera présidée par le docteur Dumontpallier, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur.

Un grand nombre de notabilités ont été invitées à prendre part aux travaux du congrès.

En organisant ce congrès, l'Alliance des Savants veut montrer que la France, que bien des patriotes croient le premier pays du monde, est celui en Europe où l'on naît le moins et où l'on meurt le plus. Il en résulte que si cela continue, la France dans un avenir rapproché, sera, par rapport à ses voisines qui s'accroissent de plus en plus dans la situation critique d'un goujon entouré de brochets prêts à le dévorer.

La Société considère comme un devoir de jeter un cri d'alarme et de dire aux patriotes la vérité tout entière, afin qu'ils avisent aux moyens d'empêcher la France de périr. La Société est convaincue que le mal peut être vaincu ou très enrayé, mais qu'il n'est que temps d'agir.

Le but du congrès est d'éclairer le gouvernement sur la gravité de la situation et de le stimuler à faire tout son possible pour mettre en pratique les propositions susceptibles d'une application immédiate.

Tous les gens compétents ont le droit, sans invitation, de venir présenter leurs idées au congrès, qui sans distinction de partis, fait appel à toutes les lumières pour sauver la patrie en danger.

On peut adresser les lettres, de même que les adhésions, rue Saint-Lazare, 100.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Hôpital de la Pitié. — M. le professeur Tillaux.

DES FISSURES ANALES

Leçon clinique recueillie par le docteur Paul Thiéry,
Chef de clinique chirurgicale.

Messieurs, nous allons opérer un homme atteint de fissures à l'anus, et ce sera pour moi l'occasion de développer devant vous les particularités de leur histoire. Connue depuis longtemps, mais individualisée en France à une époque relativement assez rapprochée, la fissure anale fut décrite dans un mémoire de Boyer lu à l'Académie. Il nota le premier l'état de contracture du sphincter, et sortit du traitement banal par les pommades, etc...; il proposa l'*incision* du sphincter, car il avait noté les relations étroites de la fissure et de la contracture; puis Récamier proposa de substituer la dilatation forcée du sphincter à l'incision de Boyer. Depuis, la dilatation est restée la méthode de choix.

En quoi consiste exactement la lésion? C'est une petite excoriation de la marge anale, souvent cachée au fond d'un pli de la région; elle siège presque toujours à la partie *postérieure* de la région anale; quelquefois, elle est un peu latérale.

La fissure part du rebord anal à l'union de la peau et de la muqueuse, puis remonte sur les parties latérales du rectum sans jamais dépasser la région du sphincter. Souvent elle se termine à l'extérieur au niveau d'une *petite saillie condylomateuse*. Chez notre malade ce condylome est au début, mais retenez que cette disposition est presque constante. La fissure ne dépasse pas l'épaisseur du plan superficiel de la muqueuse. Cette fissure est *toujours* accompagnée d'une contracture plus ou moins violente du sphincter externe; si l'on cherche à introduire le doigt dans l'anus, on n'y arrive qu'au prix d'une douleur excessive que les plus courageux des malades ont peine à supporter.

Voilà donc déjà deux éléments de l'affection : 1° la plaie ; 2° la contracture permanente, durable.

Le troisième caractère est la douleur. Pour constituer une fissure, il ne suffit pas, en effet, qu'il y ait une plaie, et il y a bien des plaies de l'anus qui ne sont pas des fissures. La fissure anale offre comme symptomatologie un syndrome clinique à trois éléments qui la distingue nettement des autres affections de la région, et ces éléments sont la *fissure*, la *contracture*, la *douleur*. Mais la douleur elle-même doit se produire suivant une modalité spéciale. Une hémorrhoïde enflammée est douloureuse simplement; mais quand il s'agit de fissure, le malade accuse toujours une douleur pendant la défécation, douleur d'ailleurs supportable et qui s'atténue bientôt : puis, quelques minutes *après les selles*, survient une cuisson qui bientôt s'exacerbe et que *tous* les malades comparent à une brûlure par le fer rougé ; la douleur est alors extrêmement vive.

La douleur va en augmentant constamment et peut durer plusieurs heures : ceci est caractéristique et permet de faire souvent le diagnostic d'après les simples renseignements donnés par le malade, car il est très particulier de constater que cette douleur existe surtout *après* les selles, tandis que c'est *pendant* la défécation que sont douloureuses les autres affections de l'anus.

Outre cette douleur après la défécation, le malade souffre encore dès qu'on touche précisément le point où siègent la fissure et le condylome.

Ces malades perdent quelquefois du sang en allant à la garde-robe : c'est ce qui arriva à notre malade.

Les malades redoutent ces douleurs ; ils finissent par ne plus manger pour éviter les selles : ils s'émacient et arrivent à un état d'hypochondrie qui peut même les pousser au suicide.

L'état mental est toujours fort accusé.

Avec quelle affection peut-on confondre la fissure à l'anus ?

Il est d'abord des cas où l'on ne voit pas de fissure. Boyer avait décrit la *fissure sans fissure* avec contracture et douleur sans qu'on pût constater de fissure.

Celle-ci peut être à la vérité très petite et située très haut. Mais je crois qu'il est des cas où la fissure est réellement absente : c'est ce que les Anglais appellent le « rectum nerveux », la « fissure hystérique » et il est important de les connaître, car on leur applique le même traitement, mais le résultat est loin d'être aussi bon et très souvent les malades sont, il est vrai, momentanément soulagés, mais on ne peut promettre comme dans le cas de fissure vraie une guérison totale et durable ; souvent ces malades, revus à une date éloignée de l'opération souffrent autant qu'avant d'être opérés.

Vous ne la confondrez guère avec des hémorrhoïdes et je n'insiste pas.

Enfin, il reste une affection qui peut simuler la fissure jusqu'à un certain point : c'est ce qu'on appelle la coccyodinie, affection peu connue encore et dont l'étiologie nous échappe ; il suffit d'ailleurs d'avoir l'attention attirée de ce côté pour éviter l'erreur.

La pathogénie de la fissure anale n'est pas encore très nette : est-ce l'ulcération qui commence ou est-ce la contracture douloureuse ?

Pourquoi d'autres plaies fissuriques, chez les syphilitiques par exemple, ne sont elles pas douloureuses comme la fissure ?

Peut-être y a-t-il un filet nerveux mis à nu, de même que dans une petite ulcération kératique on peut observer un blépharospasme invincible. Mais cela n'est qu'une comparaison et non une explication ; il vaut mieux avouer notre ignorance.

De même que la marche en est bien connue : le traitement en est bien établi aujourd'hui ; seule, la pathogénie nous échappe. Le conception de Boyer était ingénieuse : croyant que la contracture de l'anneau sphinctérien était l'élément principal de l'affection, ce chirurgien avait proposé et exécuté la section du sphincter.

Chassaignac avait eu l'idée d'y appliquer son écraseur ; il y faisait, disait-il, une « incision mousse », mais il opérait trop largement et divisait trop le sphincter.

On a même proposé l'excision d'une partie du sphincter.

Récamier pensa qu'on pouvait distendre les fibres du sphincter sans les

sectionner. L'expérience a démontré qu'il ne s'ensuivait aucune incontinence des matières.

Dolbeau put dans un cas faire l'autopsie d'un opéré mort du choléra 24 heures après l'opération ; aucune rupture musculaire n'existait, mais pour cela il faut faire la dilatation transversale limitée par les ischions et n'y pas joindre la dilatation antéro-postérieure qu'on a proposée et qui me semble inutile et même mauvaise.

Je me sers des doigts. n'ayant pas éprouvé le besoin d'employer les spéculums spéciaux, celui de Trélat, par exemple ; c'est une affaire de vigueur.

Jusqu'à présent, je faisais la dilatation sous le chloroforme ; nous allons, cette fois, employer la cocaïne, comme le fait M. Reclus, c'est-à-dire qu'après avoir introduit un tampon imbibé de cocaïne, je circonscrirai à l'aide de quelques injections profondes de cocaïne à 1 0/0 la région de la marge anale, en portant les injections dans toute la hauteur du sphincter.

Puis, introduisant les index, et après un léger moment de « recueillement », je les écarte brusquement jusqu'aux ischions et l'opération est terminée. Il suffit ensuite de l'application de compresses froides pour que la guérison ait lieu.

HYGIÈNE

—

BULLETIN SANITAIRE

L'état sanitaire s'est notablement amélioré dans le Midi de la France. Les craintes que le choléra inspirait au début se sont tellement atténuées que M. Monod et M. Proust n'en ont même pas parlé dans la communication qu'ils ont faite, le 3 juillet, au Comité consultatif d'hygiène, sur la situation sanitaire du pays. A Montpellier, on considère l'épidémie comme terminée, bien que la chaleur y soit suffocante. La petite explosion qui s'est produite, au commencement du mois, dans l'Ariège, au village de Larcat, n'a pas eu de suites. A Toulon, il y a eu encore quelques cas de choléra dans ces derniers temps. Le 9 juillet, on en a enregistré 5 dans la journée, dont un suivi de mort, 2 cas et 1 décès à la Seyne, 2 cas nouveaux à Hyères. A Marseille également, il s'en produit encore 1 ou 2 tous les jours ; mais il n'y a là rien qui ressemble aux épidémies du passé. Il n'y a de choléra ni à Paris ni dans la banlieue. Il y a eu, ces jours derniers, quelques diarrhées suspectes que les grandes chaleurs expliquent ; mais, comme elles n'ont pas occasionné de décès, il n'y a pas à en tenir compte.

Malgré cette amélioration dans l'état sanitaire du pays, les peuples riverains de la Méditerranée redoublent de sévérité dans les mesures qu'ils prennent contre nos ports.

Les provenances du littoral français de la Méditerranée sont soumises à une quarantaine de cinq jours dans les ports de la Grèce. Les provenances de Marseille ne sont pas admises à Gibraltar. Les navires partant de Marseille ainsi que de Cette subissent à Tanger une visite médicale à la suite de laquelle ils sont, suivant le cas, mis en libre pratique ou assujettis à une quarantaine qui ne peut pas dépasser sept jours. Ils sont également mis en quarantaine dans les ports de Turquie et dans ceux du Portugal. A Malte,

toutes les provenances de France, d'Egypte et de Tunisie sont soumises à une quarantaine rigoureuse de dix jours, à partir de l'arrivée.

L'administration sanitaire française a protesté contre cette exagération et les puissances intéressées ont fait espérer que les mesures rigoureuses prises contre nos ports seraient atténuées, s'il était pris avant le départ des précautions pouvant donner des garanties sérieuses. Il a été alors décidé que tous les navires partant de Marseille subiraient une visite médicale avant d'appareiller, que le linge sale ne serait pas embarqué et que les objets susceptibles seraient désinfectés. Mention sera faite de ces mesures sur les patentes de santé des navires (1).

Ces précautions sont parfaitement rationnelles et constituent un nouveau pas en avant dans la voie de la désinfection sanitaire.

Si le choléra du Midi n'inspire plus d'inquiétudes, on ne peut pas en dire autant de celui de la Mecque. Les fêtes du Comban-Baïram, qui ont commencé le 24 juin, sont depuis longtemps terminées. Les Hadjirs commencent à revenir dans toutes les directions, en laissant derrière eux un nombre de victimes que M. Proust estime à 15,000 ou 20,000. Ils ont été décimés à la Mecque et à Djeddah. Le choléra y avait été apporté, à ce qu'il paraît, par des pèlerins provenant d'Hodjeïdah, principal port de l'Yémen et débarqués à Djeddah, sans avoir passé par le lazaret de l'île de Camoran (2). Les navires qui arrivent à Sjebel-Tov ont tous des malades. Nous avons indiqué les mesures préventives qui ont été prises sur le passage des pèlerins. Il faut espérer qu'elles préserveront l'Egypte et l'Europe et qu'après avoir subi un retour de notre dernière épidémie, nous ne serons pas condamnés à en éprouver une seconde d'origine plus récente, nous arrivant par la mer Rouge.

Le choléra n'existe plus dans la Transcaucasie russe, mais il augmente en Podolie et règne à l'état épidémique en Mésopotamie, dans le vilayet de Bassora. En revanche, les consuls démentent les bruits qu'on a fait courir d'une nouvelle invasion en Perse.

Le choléra vient d'éclater en Hongrie, à Szatmar; il vient aussi d'apparaître en Espagne. 4 décès ont été constatés à Palafrugell, dans la province de Gérone, parmi des paysans n'ayant eu aucun contact avec l'étranger. Il y a également eu un décès à Irun.

Quelques cas isolés de typhus se montrent encore de temps en temps à Lille. Le 22 juin, trois vagabonds admis au Lazaret dont nous avons déjà plusieurs fois parlé, ont été reconnus atteints de typhus et envoyés à l'hôpital. Il s'en est présenté d'autres depuis et toujours parmi des vagabonds étrangers à la localité. Le bilan de cette épidémie locale se règle aujourd'hui par 109 cas et 34 décès. A Paris on n'en signale plus de nouveaux. L'annexe de l'Hôtel-Dieu ne renferme plus que 14 typhiques dont 5 convalescents.

La petite recrudescence de variole que nous signalions dans notre dernier bulletin sanitaire touche à sa fin. Il y a pourtant eu 15 décès et 85 entrées aux hôpitaux pour cette cause pendant la quinzaine, mais il ne se pro-

(1) Communication de M. le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Comité consultatif d'hygiène, le 3 juillet 1893.

(2) Communication de M. Proust au Comité consultatif d'hygiène publique. Séance du 3 juillet 1893.

duit plus de nouveaux cas. La préfecture de police a continué pourtant ses vaccinations à domicile. MM. Chambon et Saint-Yves Ménard s'y sont prêtés avec la même complaisance, et ont revacciné 356 personnes environ, ce qui porte le nombre de leurs opérations à 500 au moins.

REVUE DE L'HYGIÈNE

Asiles de nuit. — Le conseil d'hygiène, dans sa séance du 23 mai, a entendu, comme nous l'avons dit, un rapport sur les asiles de nuit, qui lui a été fait par M. Dujardin-Beaumetz, au nom du Comité permanent des épidémies. Ce rapport se termine par les conclusions suivantes qui ont été mises aux voix et adoptées.

1° Accepter le concours de la préfecture de la Seine pour la désinfection des vêtements et du linge dans les asiles privés.

2° Réclamer, pour l'œuvre de l'hospitalité de nuit, que des bains-douches soient installés dans chaque établissement et qu'un nettoyage au savon noir, accompagné de ce bain-douche, soit fait à chaque nouvel hospitalisé.

3° Que, dans les asiles de moindre importance qui ne peuvent établir des bains-douches, les directeurs exigent de chacun des hospitalisés qu'ils aient passé une nuit dans les asiles municipaux.

4° Réclamer une inspection sévère de tous les garnis et chambrées.

5° Demander que les débits où s'accumulent, la nuit, les vagabonds et les malheureux soient soumis à une réglementation analogue à celle des logements loués en garni.

Ecoles communales. — Le même conseil, dans sa séance du 7 juillet, a reçu de M. Bunel, architecte en chef de la préfecture de police, un rapport détaillé sur le projet de construction d'un nouveau groupe scolaire dans la commune de Choisy-le-Roy. C'est la première fois qu'il est fait application de la circulaire ministérielle du 29 août 1892, laquelle décide qu'à l'avenir les plans et devis relatifs aux écoles communales seront soumis à l'examen des conseils d'hygiène.

Nous rendrons compte de ce rapport lorsqu'il aura été imprimé et discuté par le conseil d'hygiène.

Maisons incombustibles et maisons de verre. — La plupart des innovations dont l'hygiène urbaine est l'objet nous viennent d'Amérique. C'est là que se trouvent les plus hautes maisons du globe. A Chicago, il y en a de vingt-deux étages et de quatre-vingt-cinq mètres de hauteur. Les groupes de dix-huit étages ne sont pas rares. Des ascenseurs placés aux quatre angles de la bâtisse facilitent l'accès de ces appartements aériens. Les constructions se font en fer et en pierre, surtout en fer, aussi espérait-on qu'elles seraient incombustibles. C'est une illusion à laquelle il faut renoncer. Il y a eu récemment à Chicago un incendie qui a dévoré une maison de dix étages construite en acier et en matériaux incombustibles. La maison n'était pas terminée; les menuisiers travaillaient encore aux aménagements intérieurs, lorsque le feu prit aux bois dont ils se servaient. Grâce au courant d'air produit dans les escaliers et dans les puits des ascenseurs, l'incendie s'est propagé rapidement. La façade en pierres calcaires surchauffées s'est effritée au contact de l'eau des pompes, et les planchers n'ont pas résisté. Les poutres métalliques ne prennent pas feu, mais elles se dilatent par la chaleur, s'allongent et font tomber les murs sur lesquelles elles s'appuient en les repoussant.

On va essayer à Chicago d'un nouveau mode de construction. La maison de verre ne

sera plus l'habitation allégorique de l'homme de bien qui ne craint pas les regards, elle deviendra une réalité. Un groupe de maisons se construit en ce moment à l'aide de briques qui s'obtiennent en soufflant le verre à l'intérieur de moules creux et qu'on fait recuire ensuite. Leur assemblage ne présente pas plus de difficulté que celui des matériaux ordinaires; les joints sont faits en ciment et les briques se prêtent aussi bien que les autres à la construction des voûtes.

Un nouveau pain de campagne. — Dans l'armée comme dans la marine, on donne aujourd'hui le moins possible de biscuit aux hommes. Ce n'est qu'un aliment de nécessité. Sa consistance en rend la mastication laborieuse et compromettante pour les dents des vieux marins qui sont souvent branlantes. Mal mâché, mal insalivé, il se digère difficilement, passe souvent intact dans les selles et donne parfois de la diarrhée; aussi en a-t-on considérablement restreint l'usage. Autrefois les matelots ne mangeaient pas autre chose, aujoud'hui on ne leur en donne plus qu'à la mer et au déjeuner seulement. On leur donne du pain frais aux deux autres repas (1); mais à bord des navires ce n'es qu'une question de place; il s'agit d'embarquer plus de farine, moins de biscuit, et de faire fonctionner un peu plus activement le four qui se trouve à bord de tous les navires.

Dans l'armée, on n'a pas toujours les fours de campagne sous la main. Il y a des expéditions dans lesquelles il faut que les hommes emportent leurs vivres pour plusieurs jours et alors le biscuit est très avantageux, parce qu'il se conserve et qu'il contient beaucoup de substance nutritive sous un petit volume; mais comme les soldats ne le mangent qu'avec une répugnance extrême, on cherche tous les moyens de le remplacer.

Des essais dans cette voie sont faits depuis un certain temps.

Certains corps de troupe viennent d'expérimenter simultanément deux sortes de pains comprimés, présentés pour l'usage de l'armée, l'un par M. Périer, l'autre par M. Destenay.

De son côté, l'administration militaire a examiné les avantages et les inconvénients, qui pourraient résulter, sous le rapport du chargement et du transport, de l'introduction de ces denrées nouvelles dans les vivres de campagne.

Ces pains sont tous deux supérieurs au biscuit. Ils peuvent servir de pain de table et de pain de soupe. En ce qui concerne le chargement, on a reconnu qu'ils sont plus encombrants que le biscuit. Ils ont une autre infériorité, c'est leur fragilité. Ils se cassent facilement.

Désinfection et franchise postale. — Dans un des articles consacrés à l'étude de la désinfection (2) nous avons indiqué toutes les facilités que la ville donne aux particuliers pour réclamer le secours de son service de désinfection. On peut avons-nous dit se servir du téléphone ou de la poste, s'adresser aux postes de police, aux mairies ou aux stations. L'administration vient encore de faire plus. A la suite d'une entente entre le préfet de la Seine et le directeur des postes, les particuliers pourront adresser directement leurs demandes aux stations, et jouir pour cela de la franchise postale. Des enveloppes avec adresses imprimées sont déposées à cet effet dans toutes les mairies de Paris.

---

(1) Les marins des autres nations ne sont pas aussi favorisés. Les Autrichiens, à la mer, n'ont que du biscuit; les Allemands ont, par semaine, quatre jours de pain et trois de biscuit; les Américains des Etats-Unis n'ont jamais de pain, ni à la mer ni au mouillage.

(2) *Union médicale* du 9 mai 1893, n° 56, p. 653.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 juillet 1893. — Présidence de M. Fernet.

Etiologie et prophylaxie du typhus exanthématique

M. Netter. — M. Chantemesse a invoqué en faveur de la transmission pulmonaire du typhus des faits anatomiques, cliniques et épidémiologiques.

Les premiers tiennent dans la fréquence des altérations pulmonaires et pharyngées dans le typhus; tous les auteurs qui ont comparé le typhus à la fièvre typhoïde ont dit les altérations des voies aériennes plus fréquentes dans la fièvre typhoïde. On ne saurait considérer ces altérations comme témoignant en faveur de l'infection pulmonaire dans le typhus, sans admettre en même temps que ce mode d'infection doit être de règle dans la fièvre typhoïde, et, cependant M. Chantemesse admet avec raison dans celle-ci un tout autre mode d'infection, alors que l'agent de la fièvre typhoïde a été souvent trouvé par lui dans le poumon.

Le principal argument épidémiologique est fourni par quatre personnes qui auraient contracté le typhus dans une salle où auraient séjourné des vagabonds crachant sur le parquet.

Mais la personne la plus exposée à inhaler les poussières de crachats, le garçon de salle qui balayait le parquet de la chambre correctionnelle, n'a pas pris le typhus et les personnes contaminées : un avocat, un attaché au parquet, un commissaire de police, exerçaient des professions pouvant les mettre en rapport avec la clientèle normale des hôpitaux de typhiques.

Si les produits de l'expectoration jouaient le rôle important qu'on leur attribue, les infirmiers et les religieuses seraient moins exposés à la contagion que les malades séjournant constamment dans les salles communes, et c'est absolument le contraire, ainsi que M. Netter l'a fait remarquer précédemment.

La théorie pulmonaire ne saurait expliquer non plus comment les cas de typhus restent isolés dans les familles aisées au rebours des familles pauvres.

Dans les classes aisées, la transmission de la tuberculose par les crachats desséchés, est cependant fort commune.

En disant que la contagion du typhus demande ordinairement un contact intime et prolongé avec le typhique ou les objets ayant approché le typhique, M. Netter n'a rien préjugé du véhicule du contage, du mode habituel de la contagion. Il ne pense pas qu'il faille accuser seulement les pellicules, mais il fait la part de toutes les sécrétions et aussi celle du sang, que les parasites peuvent transporter du typhique à l'homme sain. Il ne dit pas non plus que la pénétration se fasse nécessairement au point de contact. Il croit que bien souvent celui-ci n'est qu'une première étape de laquelle le contage arrive aux muqueuses, plus propices à la pénétration. Il songe surtout aux mains que nous portons si souvent au visage d'une façon inconsciente. Sa manière de voir est tout à fait d'accord avec les faits cités par M. Thibierge qui a montré que le personnel de ses salles a été préservé quand il se conformait aux mesures de propreté et d'antisepsie recommandées.

Le typhus de 1892-1893, dont l'expansion à une grande étendue de territoire contraste heureusement avec le petit nombre de ses victimes, n'a pas été favorisé par une des grandes causes habituelles du typhus : famine, misère, encombrement. Peut-être le réveil après un sommeil presque séculaire, s'explique-t-il par l'intervention de condi-

tions météréologiques. On se rendrait compte ainsi de l'apparition simultanée du typhus à Kiew, à Tripoli, à New-York, et aussi de la coïncidence notée en 1814 et 1848.

La prophylaxie du typhus tient surtout dans la désinfection et dans les soins de propreté. L'isolement n'est nécessaire que parce que l'une et les autres ne peuvent être obtenus en son absence.

Traitement antirabique et épilepsie

M. Gilbert-Ballet. — On avait émis l'hypothèse, il y a quelques mois, que le traitement antirabique était capable d'exercer une influence favorable sur l'évolution de l'épilepsie. L'observation d'un malade, que M. Gilbert-Ballet présente à la Société, semble démontrer que cette hypothèse n'est pas justifiée.

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans qui a eu des attaques d'épilepsie depuis l'âge de 12 ans. Vers l'âge de 15 ans il a été mordu au bras droit par un chien enragé et a subi le traitement antirabique d'après la méthode de Pasteur. Quelque temps après le traitement, les attaques devinrent plus fréquentes et son état mental s'aggrava progressivement ; au mois de février dernier, quand ce malade entra à l'asile Sainte-Anne, il était dans un état d'obsession intellectuelle très prononcé ; cet état persista encore plus d'un mois. Depuis le mois de février les attaques ont beaucoup diminué ; il n'y en a eu que trois ou quatre. Depuis avril le malade a pu recommencer à travailler.

L'aggravation qui s'est produite à la suite du traitement antirabique ne peut certainement lui être attribuée ; il y a eu là une coïncidence ; cette aggravation de l'épilepsie, montre que le traitement antirabique n'a aucune influence sur l'évolution de l'affection.

Hospitalisation des étudiants malades

M. Juhel-Renoy lit un rapport sur ce sujet ; les conclusions suivantes ont été adoptées par la Société :

La commission demande deux chambres dans chaque grand hôpital, une chambre dans les petits, ce qui immobiliserait au profit du personnel médical un maximum de quarante chambres pour vingt-cinq hôpitaux. A ces quarante chambres il faudrait ajouter les trois places réservées à l'ancien Hôtel-Dieu annexe et qui ne devraient servir que pour les affections contagieuses et épidémiques (choléra, typhus, etc.).

La commission demande en outre que le pavillon Davaine, à l'hôpital Lariboisière, composé de sept lits, soit réservé exclusivement aux élèves ayant contracté la diphtérie.

Enfin elle réclame la création d'un bâtiment avec dix chambres d'isolement pour les cas de scarlatine, de variole, d'érysipèle et de rougeole.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 juillet 1893. — Présidence de M. Dastre

Sommaire : MM. Robillard : Action antiseptique des badigeonnages de gaïacol. — Roger : Coagulation du lait par les microbes. — Courmont et Doyon : substance tétanisante.

M. Robillard : Quelques recherches entreprises dans le service de M. le professeur Lunains, particulièrement sur les tuberculeux fébricitants, ont donné des résultats tout à fait remarquables. Plusieurs malades ont été soumis aux badigeonnages de gaïacol à des doses variant de 0 gr. 50 à 2 grammes.

Ces applications ont été faites sur toutes les parties du corps, sur des surfaces cutanées de différentes grandeurs variant de moins de 1 décimètre carré de 3, 4 ou 5 décimètres carrés.

Dans tous les cas observés, la température a rapidement baissé de 1 et quelquefois de plusieurs degrés. Ces badigeonnages agissent beaucoup plus rapidement que le sulfate de quinine et cela d'une facon constante. Cet abaissement de température est très durable. L'endroit de la surface cutauée choisie, de même que son étendue, n'ont aucune importance. Nos recherches le démontrent d'une façon irréfutable. Nous avons fait des applications sur le dos, la poitrine, les bras, les cuisses sans remarquer de différences notables.

La dose de médicament employée peut varier, mais il nous semble certain, d'après ce que nous avons observé, que l'application de 0 gr. 50 suffit pour obtenir l'effet maximum. De plus cette dose peu élevée permettrait de continuer indéfiniment l'usage du médicament.

Les malades cependant ressentent quelques petits inconvénients. Ils se plaignent entre autre d'un goût prononcé de gaïacol dans la bouche et de sueurs extrêmement abondantes. Il est donc fort probable que le médicament est absorbé par la voie cutanée. Les urines sont plus abondantes qu'à l'état normal, nous n'y avons pas trouvé de gaïacol peut-être parce que cette recherche est très difficile.

Nous faisons en ce moment des recherches sur des sujets sains et des animaux ; nous ne pouvons pas publier de résultats, nos expériences étant trop peu avancées.

Nous avons, de plus, essayé d'autres liquides, entre autres de l'eau colorée par le carmin. Nous n'avons obtenu aucun résultat.

M. Roger : Dans une communication antérieure, j'ai montré que la bactéridie charbonneuse coagule ou ne coagule pas le lait, suivant qu'on pratique la culture dans un tube ou dans un ballon ; j'ai obtenu des résultats analogues, mais encore plus nets avec le *bacillus septicus putidus*.

Quand le lait est versé dans un ballon ou se trouve réparti sur une large surface fortement aérée, la coagulation ne se produit jamais, le lait se transforme en un liquide visqueux, d'un brun chocolat, d'une odeur extrêmement fétide. Quand la culture est pratiquée à l'abri de l'air, la coagulation se produit en 24 ou 48 heures, puis le coagulum se rétracte et laisse sourdre un liquide séreux, incolore et inodore. Entre ces deux types extrêmes on peut observer tous les intermédiaires au point de vue de la coagulation, de la couleur et de l'odeur; il suffit de faire varier l'apport de l'air. C'est donc à la différence dans l'aération qu'il faut rapporter les différences dans les résultats.

Le bacille septique et la bactéridie charbonneuse coagulent le lait, sans l'acidifier; ils secrètent un ferment qui se trouve en abondance dans le lait, même quand la culture est largement aérée; si, dans ces conditions la coagulation ne se produit pas, c'est que la caséine est rapidement transformée en une substance incoagulable.

MM. Courmont et Doyon. — Les muscles tétanisés par les produits solubles du bacille de Nicolaier renferment une substance convulsivante d'emblée pour la grenouille. Cette substance peut être mise en évidence à l'aide d'extraits aqueux. Ces extraits peuvent être faits à chaud (ébullition pendant une heure) ou à froid. Elle est la cause et non le résultat de la contracture du muscle. On la trouve, en effet, dans les muscles d'une patte énervée par la section des racines correspondantes chez un chien inoculé. La patte reste flasque mais contient la substance convulsivante. Le muscle normal ne contient pas de substance analogue.

M. Paul Richer est élu membre titulaire.

A propos des événements du Quartier Latin

— La *Gazette des Hôpitaux* rapporte le petit fait suivant qui ne manque pas d'intérêt :

Il y a trois ou quatre jours, un chirurgien des hôpitaux de Paris, faisant le service de garde, était demandé pour une opération urgente dans un hôpital excentrique. Arrivé à un certain endroit, force fut au cocher de rebrousser chemin ; on ne passait pas. Les cochers grévistes, aidés de la population du lieu, s'opposaient à la circulation des voitures, tuaient les chevaux, coupaient les harnais, brisaient et brûlaient les voitures.

Notre collègue cherchait par des rues collatérales à gagner le plus rapidement possible l'hôpital où il était mandé, lorsqu'il aperçut, devisant philosophiquement, deux ou trois sergents de ville à qui il eut la malencontreuse idée de demander protection.

Comme il expliquait au gardien de la paix la nécessité où il était de gagner au plus vite l'hôpital, il fut interpellé grossièrement par ce préposé à la sécurité publique, et comme notre confrère s'apprêtait à prendre le numéro de l'agent, celui-ci furieux, aidé de ses collègues, conduisit au poste chirurgien, infirmier, cocher et voiture. Là, malgré un rapport des plus invraisemblables, le commissaire dut faire des excuses au chirurgien, qui, relâché, put parvenir tardivement jusqu'à l'hôpital.

La morale à tirer de cette histoire est fort instructive, elle peut se résumer ainsi :

Si vous avez besoin d'aide et de protection dans la rue, évitez de vous adresser aux sergents de ville.

Mais ce petit fait divers peut avoir une autre conséquence : c'est que désormais les chirurgiens de garde refuseront de se déranger la nuit — lorsque leur voiture ne sera pas accompagnée d'un agent destiné à les protéger contre les agents de la préfecture.

« La *Société médicale des Hôpitaux* vient d'adresser la lettre suivante à M. le ministre de l'intérieur :

« Monsieur le ministre,

« La *Société médicale des Hôpitaux*, dans sa séance du 7 juillet, a reçu de MM. les internes de l'Hôtel-Dieu, la lettre suivante :

« Monsieur le Président de la *Société médicale des Hôpitaux*,

« Le mardi 4 juillet, sans aucune provocation de notre part, malgré les affirmations contraires de la Préfecture de police, l'Hôtel-Dieu a été envahi par une trentaine d'agents précédés d'un commissaire. Les agents ont brutalisé le personnel et le commissaire a fait saisir deux internes d'une façon arbitraire.

« Après des explications entre nous et M. le Préfet de police, celui-ci a déclaré regretter l'incident et il s'est retiré suivi de son personnel.

« Nous avons pensé que nous devions vous communiquer ces faits en vous priant de vouloir bien les soumettre à la *Société médicale des Hôpitaux*.

« Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de nos sentiments respectueux. »

Pour les internes de l'Hôtel-Dieu, Braquelaye, R. Diriart et R. Marie.

La *Société médicale des Hôpitaux*, après avoir délibéré sur cette question, a rédigé l'ordre du jour suivant que nous avons l'honneur de vous communiquer et qui a été voté à l'unanimité :

« La *Société médicale des Hôpitaux* s'associe aux plaintes exprimées par les internes de l'Hôtel-Dieu et proteste contre l'envahissement non justifié de cet hôpital par la police et contre les scènes de violence qui l'ont accompagné.

« Veuillez agréer, Monsieur le ministre, l'assurance de nos sentiments respectueux. »

Pour la *Société médicale des Hôpitaux*. Les membres du Bureau : Fernet, président ; Rendu, secrétaire général ; Siredey et Legendre, secrétaires des séances.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Le Conseil général de l'Université de Paris a voté à l'unanimité le maintien de la chaire de clinique médicale vacante à la Faculté de médecine, par suite du décès de M. le professeur Peter — Nous apprenons que M. le professeur Hayem vient de permuter de la chaire de thérapeutique pour cette chaire.

— La Faculté de médecine a dressé jeudi la liste de présentation pour la chaire de clinique des maladies mentales, vacante par suite du décès de M. le professeur Ball. Voici cette liste :

En première ligne, M. Joffroy ; en seconde ligne, M. Gilbert Ballet.

— Ont été nommés : chef de clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière, M. Souques.

Chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Wickham ; chef de clinique adjoint : M. Gastou.

M. le docteur Lafourcade est nommé chef de clinique chirurgicale.

M. le docteur Wallich est nommé chef de clinique obstétricale.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Le concours pour le clinicat médical s'est terminé par les nominations de M. Sabrazès, comme chef de clinique, et M. Fourquet, comme chef de clinique adjoint.

Le concours pour le clinicat obstétrical s'est terminé par la nomination de M. Audebert.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Nové-Josserand, aide d'anatomie, est nommé pour une période de trois ans, à partir du 1er novembre 1893, prosecteur, en remplacement de M. Curtillet.

M. Villard, aide d'anatomie, est nommé, pour une période de trois ans, à partir du 1er novembre 1893, prosecteur, en remplacement de M. Adenot.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Nicolas, chargé d'un cours d'anatomie descriptive, est nommé professeur d'anatomie descriptive.

M. Baraban, professeur d'histologie à la faculté de médecine de Nancy, est nommé sur sa demande, professeur d'anatomie pathologique à ladite faculté.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Vignard est institué chef de clinique chirurgicale en remplacement de M. Bureau.

Hopitaux de Paris. Concours pour trois places de médecin du bureau central. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Achard, Lebreton et Widal.

Concours de l'internat et pour les prix de l'externat. — L'ouverture de ces concours aura lieu le jeudi 12 octobre, à midi précis. — Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour subir la première épreuve.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement ils sont tous tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 4 septembre, jusqu'au samedi 30 du même mois, inclusivement.

Concours de l'externat. — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 16 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le vendredi 1er septembre jusqu'au lundi 25 du même mois, inclusivement.

Avis spécial. — Les candidats qui seront appelés sous les drapeaux à la fin de cette année seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Les élèves actuellement sous les drapeaux, et qui se seront fait inscrire pour prendre part au concours, seront appelés à subir la première épreuve à partir du jour de leur libération du service militaire.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Légion d'honneur : Armée active.* Ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Van Merris, médecin principal de première classe ; M. Mathias, médecin principal de deuxième classe ; M. Barbier, médecin principal de deuxième classe ; MM. les médecins-majors de première classe : Boncour, Arnaud, Coustan.

Au grade de chevalier : M. Delorme, médecin principal de deuxième classe ; MM. les médecins-majors de première classe : Bruant, Boutié, Cicile, Petheau, Tardif, Sacreste, Lobit ; MM. les médecins-majors de deuxième classe : Pierron, Richard, Salle, Radouan, Ferrié, Louis, Cauchy, Jarry, Lemarchand, Lévêque, Chenêt, Baills.

Armée territoriale : MM. les médecins-majors de deuxième classe : Moriez, Vallois.

— A propos de l'épidémie cholérique de Bretagne, le ministre de l'intérieur vient de décerner les récompenses suivantes :

Médailles d'or : M. le docteur Pédrono, médecin des épidémies à Lorient ; M. le docteur Conan, médecin de la marine.

Médailles de vermeil : MM. les docteurs Huot, médecin aide-major, Mauricet, de Vannes.

Médailles d'argent : M. le docteur Bayon, de Questembert ; M. Mével, interne des hôpitaux de Nantes ; M. le docteur Langlais, de Pontivy ; M. le docteur Jardin, à Auray.

— Nominations dans l'ordre du *Medjidié* : M. le docteur Crolas, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, est décoré de la deuxième classe du Medjidié ; M. Viry, sous-directeur de l'Ecole de santé militaire, et M. Testut, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine, sont décorés de la troisième classe du Medjidié.

ASILE D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Adam, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montdevergue, est nommé médecin en chef de l'asile des aliénés de Clermont (Oise).

DÉSAFFECTATION DE L'HOPITAL DE BEAUJON. — On propose au Conseil municipal de désaffecter l'hôpital Beaujon, qui serait reconstruit ailleurs, d'où 8 millions d'économie, résultant de la vente des terrains. Sur l'emplacement actuel, il resterait une maison de secours.

COMITÉ DIRECTEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le Conseil des ministres a décidé d'adjoindre au Comité directeur de l'hygiène et de l'Assistance publiques, qui ne comprend actuellement que quatre membres, le directeur du commerce extérieur, le directeur des consulats et le président de la Chambre de commerce de Paris.

Cette solution était réclamée depuis longtemps par les Chambres de commerce de nos principaux ports de mer, qu'intéressent plus directement les mesures quarantenaires sur lesquelles est appelé à se prononcer le Comité de direction des services de l'hygiène.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

*Les ateliers étant fermés vendredi, jour de fête nationale, l'*Union Médicale *ne paraîtra pas samedi.*

Contribution à l'étude de l'expectoration dans la grippe à forme thoracique

Par le docteur Richardière, médecin des hôpitaux

I

La grippe, qui a sévi à Paris pendant les mois d'avril et de mai de cette année s'est manifestée, comme dans les épidémies antérieures, sous des formes cliniques variables. Elle a frappé la plupart des appareils et des organes avec une fréquence et une intensité très inégales. La forme infectieuse (sans détermination organique appréciable, avec l'hyperthermie et l'adynamie, comme seuls symptômes manifestes), la forme nerveuse, les déterminations pharyngées et auriculaires, etc., ont été observées dans un assez grand nombre de cas. Les manifestations thoraciques ont été particulièrement fréquentes. Comme dans l'épidémie de 1889-1890, la grippe thoracique a été la forme la plus commune et la plus grave.

La bronchite, la pneumonie fibrineuse et la broncho-pneumonie, relevant de l'infection grippale, ont été les principales manifestations de la maladie. C'est à ces déterminations thoraciques de la grippe qu'a été dû l'accroissement très sensible de la mortalité pendant les mois de l'épidémie.

II

Parmi les malades atteints de grippe à forme thoracique que j'ai observés quelques cas ont présenté les symptômes classiques en rapport avec la localisation anatomique de leur maladie. Ces malades étaient atteints les uns de bronchite simple, les autres de pneumonie fibrineuse, ou de broncho-pneumonie. Aucun symptôme anormal ou surajouté ne permettait d'établir le diagnostic étiologique. Seules, la notion de l'épidémie régnante et la connaissance d'une infection antérieure, pouvaient faire attribuer à la grippe ces manifestations thoraciques. A côté de ces malades, pour lesquels le diagnostic étiologique peut rester souvent douteux et incertain, j'en ai observé un certain nombre chez lesquels j'ai noté un symptôme spécial, qui me paraît avoir une réelle importance.

Ce symptôme, consiste dans une abondance excessive de l'expectoration et dans un aspect particulier des crachats.

Les caractères de l'expectoration dans la grippe ont, d'ailleurs, frappé plusieurs observateurs dans les épidémies antérieures. Quelques auteurs ont signalé l'abondance et la nature spéciale des produits expectorés. Dans une excellente revue sur l'épidémie de grippe de 1889-1890, G. Lyon rappelle

qu'un des caractères de la bronchite grippale a été l'établissement rapide de la purulence. M. Peter, dans une clinique faite à l'hôpital Necker a signalé l'abondance et l'aspect purulent de l'expectoration grippale.

Chez cinq malades atteints de grippe thoracique que j'ai observés, l'expectoration était d'une abondance excessive. Les malades qui avaient les uns de la bronchite simple, les autres de la broncho-pneumonie, rendaient des quantités considérables de crachats. Presque tous remplissaient jusqu'à deux et trois crachoirs dans les vingt-quatre heures.

Les produits expectorés étaient constitués par des mucosités jaune-verdâtre. Ces mucosités étaient fortement mélangées de salive, à laquelle elles étaient intimement mêlées. Les crachats étaient visqueux et filants. Ils se détachaient difficilement du vase qui les renfermaient. Ils n'avaient pas de forme particulière. Dans aucun cas, je n'ai observé la forme nummulaire des crachats qui a été signalée par d'autres observateurs. Les crachats n'avaient pas d'odeur spéciale. Dans les cas où l'examen bactériologique a été pratiqué, on a trouvé des streptocoques, sans autre micro-organisme pathogène déterminé.

III

Une expectoration aussi abondante, avec cet aspect particulier des crachats semble un syptôme spécial à la grippe, car, il est absolument exceptionnel de l'observer dans les affections aiguës de l'appareil broncho-pulmonaire dues à une autre cause que l'influenza. On peut voir une expectoration aussi abondante dans quelques maladies des bronches et des poumons (dans la bronchite chronique avec emphysème, dans la dilatation des bronches, dans la tuberculose pulmonaire, etc., etc.). Mais il s'agit, en pareil cas, d'affections chroniques, dont l'évolution clinique et les symptômes, éloignent l'idée d'un processus infectieux aigu. De plus, dans ces maladies chroniques, les crachats ont un aspect notablement différent.

L'abondance excessive des crachats, la coloration jaune-verdâtre, le mélange intime avec la salive, la viscosité, la présence de streptocoque dans quelques cas, tels sont les caractères particuliers de l'expectoration qui peut être considéré comme spéciale à la grippe.

D'après les faits que j'ai observés, ces caractères de l'expectoration grippale peuvent se présenter chez les malades atteints de grippe dans deux conditions différentes. On peut les observer dans la bronchite grippale sans lésion pulmonaire concomitante et dans la broncho-pneumonie grippale, avec abcès pulmonaire.

Dans la bronchite grippale aiguë, où je l'ai observée trois fois, cette expectoration croît avec les symptômes ordinaires de la bronchite, aggravés au point de vue de l'état général par la fièvre, l'adynamie, les douleurs lombaires qui sont ordinaires dans la grippe. La dyspnée est assez marquée en raison de l'en ombrement des bronches par les exsudats muco-purulents abondants et visqueux qui les remplissent. A l'examen stethoscopique de la poitrine, les signes sont ceux de la bronchite simple. On entend les râles muqueux et sous-crépitants perceptibles dans toute bronchite intense et généralisée. L'évolution de la maladie est relativement longue. Plusieurs semaines se passent avant que la toux cesse et que l'expectoration disparaisse complètement. En fait, ces symptômes n'ont rien de spécial. Seule,

l'expectoration permet de différencier au point de vue étiologique cette forme de bronchite.

Dans un deuxième groupe de faits, ce sont des malades atteints d'une détermination thoracique plus grave, présentant des signes manifestes de bronchopneumonie qui expectorent après la toux des quantités considérables de crachats muco-purulents. Ces crachats sont aussi abondants que dans la bronchite grippale simple. Ils ont le même aspect et les mêmes caractères physiques. On pourrait donc croire qu'ils ont la même origine et qu'ils proviennent des bronches enflammées. Il peut en être ainsi dans un certain nombre de cas. Mais, dans quelques autres, l'origine des produits expectorés dans la bronchopneumonie grippale n'est pas dans les bronches; les crachats proviennent d'un foyer de suppurations intra-pulmonaire, d'un abcès du poumon.

En pareille circonstance, le muco-pus expectoré provient de l'évacuation d'un abcès par les bronches. Ce mode d'origine des produits expectorés mérite d'être relevé, car les abcès pulmonaires sont assez rares en dehors de la grippe pour que Kahler ait cru pouvoir trouver dans leur existence même la démonstration de leur origine grippale.

Un malade, que j'ai observé à l'Hôtel-Dieu, m'a fourni la démonstration anatomo-pathologique de ce mode d'origine de l'expectoration muco-purulente de la broncho-pneumonie grippale.

Chez ce malade, l'expectoration présentait les caractères indiqués précédemment. Elle était d'une abondance extrême. Le malade remplissait plus de deux crachoirs dans les vingt-quatre heures. Les produits expectorés étaient formés de mucosités, mélangés d'une grande quantité de salive.

Au point de vue clinique, la maladie avait évolué comme une broncho-pneumonie classique. Avec la fièvre, la dyspnée et la toux fréquente, on notait l'existence de râles de bronchite généralisée, de râles sous-crépitants en rapport avec des lésions congestives des poumons et un souffle tubaire, caractéristique d'un foyer d'hépatisation.

Pendant la vie du malade, j'avais été frappé par l'abondance de l'expectoration et je l'avais attribuée à la bronchite, dont les signes étaient aussi intenses que significatifs. L'autopsie a montré cependant que le muco-pus n'avait pas les bronches pour origine. Les bronches étaient absolument vides. Elles ne renfermaient pas de mucosités. Elles étaient manifestement enflammées, comme le prouvait la coloration spéciale de leur muqueuse; mais leurs glandes n'étaient pas le siège d'une hypersécrétion, dont on eût certainement retrouvé des vestiges. D'autre part, à l'examen anatomique des poumons, on constatait l'existence de trois abcès de la dimension d'une amande.

Ces abcès, situés à droite dans la région axillaire, étaient remplis de pus verdâtre, analogue par ses caractères au muco-pus expectoré pendant la vie. Ils communiquaient largement avec les bronches. Il s'agissait, en réalité, de noyaux de broncho-pneumonie suppurée, dont le pus s'évacuait par les bronches.

Dans un autre fait, observé comme le précédent à l'Hôtel-Dieu, une malade, atteinte de broncho-pneumonie grippale, a eu une expectoration muco-purulente d'une abondance extrême, qui m'a paru avoir également pour origine un foyer de suppuration pulmonaire. Comme cette malade

guérit, l'absence d'autopsie laisse subsister un certain doute sur la nature exacte de la lésion pulmonaire, mais au point de vue de la clinique, l'évolution de la maladie fut tout à fait en rapport avec l'idée d'un abcès pulmonaire.

Cette malade eut une broncho-pneumonie grippale, caractérisée par les symptômes généraux classiques. A l'auscultation, on percevait les signes de bronchite intense et du soufle tubaire en un point limité. L'expectoration était extrêmement abondante. La malade remplissait deux à trois crachons de produits muco-purulents.

Après la défervescence et pendant la convalescence, l'expectoration présista. Les signes de bronchite disparurent. A l'auscultation, on n'entendait plus de râles bronchiques. Le souffle tubaire, par contre, persistait avec son intensité première.

La disparition des signes de bronchite ne permettant pas de considérer l'expectoration comme due à une lésion des bronches, il fallut admettre que, chez cette malade, les produits expectorés avaient encore pour origine un abcès intra-pulmonaire, dont la présence était attestée par la persistance du souffle tubaire.

IV

Les suppurations broncho-pulmonaires de la grippe, manifestées cliniquement par les caractères spéciaux de l'expectoration s'expliquent facilement par ce que nous savons de la fréquence des suppurations dans l'infection grippale. Le pus peut, en effet, se former dans la plupart des organes des malades atteints d'influenza. Les otites purulentes, les phlegmons périamygdaliens, etc., sont d'une fréquence excessive. Les suppurations des viscères eux-mêmes, sont loin d'être exceptionnelles.

Elles s'observent parfois dans des organes dont la suppuration est très rare, en dehors de toute autre infection, dans nos climats tout au moins. C'est ainsi que, pendant l'épidémie de grippe qui a sévi à Riga pendant l'hiver de 1889-1890, Krannhals a observé quatre cas d'abcès du foie dus à l'influenza.

Dans le poumon, organe qui nous intéresse plus particulièrement, Kahler a observé plusieurs cas d'abcès, qu'il a pu rapporter à la grippe.

La fréquence des suppurations dues à l'infection grippale est en rapport avec ce que nous ont montré les expériences de Teissier et de Frenkel.

D'après ces auteurs, le microbe de la grippe aurait des propriétés pyogènes, que démontrent les suppurations consécutives à l'injection d'une culture du microbe de la grippe, qu'ils ont trouvé dans le sang et dans les urines des sujets atteints de cette maladie.

Dans le plus grand nombre des cas, les suppurations de la grippe ne sont pas toutefois dues à l'infection primitive. Elles sont sous la dépendance d'infections secondaires. Plusieurs microbes peuvent intervenir pour causer la suppuration. Le streptocoque est celui qu'on rencontre le plus fréquemment. C'est ce microbe, qui a été trouvé dans les crachats de nos malades. Il s'y trouvait, à l'exclusion de tout autre micro-organisme pathogène.

V

Les suppurations broncho-pulmonaires de la grippe pouvant être en rapport avec deux lésions dissemblables, il en résulte que l'expectoration,

par laquelle elles se manifestent cliniquement, soulève une double indication thérapeutique.

Quand elles sont dues à des lésions bronchiques, comme cela paraît être le cas le plus fréquent, elles sont justiciables du traitement de la bronchite avec hypersécrétion. En pareil cas, il convient de s'adresser aux agents modificateurs des sécrétions bronchiques. La térébenthine, la terpine, la créosote et ses analogues sont les médicaments qui répondent à cette indication. Les inhalations d'oxygène chargé de vapeurs de créosote ont paru avoir une réelle efficacité et amener rapidement la diminution d'abord, puis bientôt la cessation de l'expectoration.

Les eaux sulfureuses administrées par la bouche et données simultanément en lavements, peuvent également rendre des services. En même temps, l'élément infectieux de la grippe doit être traité par les moyens ordinaires (sulfate de quinine, acide salicylique, antipyrine, etc).

Quand l'expectoration est due à un foyer de suppuration intra-pulmonaire consécutif à une broncho-pneumonie, la thérapeutique n'a aucune action sur la lésion elle-même. Il est inutile de chercher à modifier l'expectoration par la créosote ou par la terpine. Ces médicaments n'ont alors aucune efficacité.

Le traitement consiste à soutenir les forces du malade et à le mettre en état de résister jusqu'à la cicatrisation de son abcès pulmonaire. Les toniques sont alors spécialement et presque uniquement indiqués.

Le devoir du médecin est de soutenir les forces du malade, pendant que la lésion pulmonaire évolue dans le sens de la cicatrisation fibreuse, de la sclérose qui est le seul processus de guérison d'une lésion de ce genre.

Un nouveau cas d'extirpation de rate hypertrophiée, tombée dans le petit bassin,

Par le professeur Hector Treub (de Leiden).

On se souvient de la communication faite à l'Académie de médecine, le 13 juin dernier, par M. Richelot, et ayant trait à une extirpation de la rate dans des conditions bien particulières. Il s'agissait, en effet, d'une tumeur située dans le petit bassin qui comprimait même le rectum et le vagin et sur la nature de laquelle le diagnostic hésitant de fibrome fut porté.

La laparotomie montra que loin d'appartenir aux annexes, cette tumeur n'était autre que la rate augmentée de volume, basculée, tombée dans la fosse iliaque droite et ayant un long pédicule formé principalement par l'épiploon gastro-splénique. L'extirpation de cet organe prolabé guérit complètement la malade.

La communication de M. Richelot frappa M. Hector Treub qui, l'année dernière, s'était trouvé en face d'un cas absolument semblable.

Nous devons à l'obligeance du professeur de Leiden l'observation qui suit, que nous transcrivons in-extenso, heureux de rapprocher des faits aussi rares et aussi curieux.

A la fin de janvier 1892, une femme de 48 ans fut admise à la clinique gynécologique de Leiden.

Elle était accouchée sept fois et avait avorté cinq fois.

Son enfant cadet a deux ans.

Bien réglée depuis sa seizième année, elle a été bien portante jusqu'à ce qu'elle eût une attaque de douleur abdominale. Il y a sept ans que cette douleur l'a prise, dix semaines après un accouchement. La douleur continuait nuit et jour et était moindre quand la femme vaquait à son ouvrage que pendant le repos. Réaction douloureuse, défécation sans douleur. En même temps le ventre s'enflait.

Pendant ces sept ans, la douleur n'a jamais cessé complètement. Quand la douleur était forte, le ventre s'enflait excessivement et la miction ne se faisait que par gouttes. La diminution de la douleur faisait diminuer aussi l'enflure du ventre et facilitait la miction.

Au dire de la malade, l'augmentation du volume du ventre se présentait assez régulièrement au printemps et en automne.

La femme resta bien réglée, profusément, mais sans douleur. Après le dernier accouchement, les règles ne se montrèrent que deux fois. La dernière fois, dix semaines avant l'admission de la malade dans la clinique, la menstruation, très abondante, fut suivie par de la fièvre accompagnée de douleurs au ventre, nausées et vomissements. Cette maladie a retenu la femme au lit pendant huit semaines.

Connaissant cette histoire, qui ne dit pas grand chose, j'examinai la malade, endormie, le 10 février.

Etat général satisfaisant, pas d'anémie. Le bas-ventre est distendu par une tumeur médiane. Par le palper, on trouve une tumeur, de consistance solide, montant jusqu'à l'ombilic, nettement délimitée en haut, à droite et à gauche, mais se perdant dans le bassin. La tumeur est de forme oblongue, sa surface est inégale. A gauche, on peut sentir un bord assez mince ressemblant au bord inférieur du foie. (Matité percutoire du foie normale). La mobilité est assez grande dans le sens transversal, nulle dans le sens vertical.

Par la palpation combinée je trouve l'utérus, de grandeur un peu augmentée, derrière la tumeur. La face antérieure gauche de l'utérus est adhérente à la tumeur. Les adhérences, qui se laissent facilement déchirer, sont laissées à dessein dans l'état où elles se trouvent. L'ovaire droit se fait sentir d'une manière douteuse, l'ovaire gauche pas du tout. Je fis le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche.

Laparotomie le 11 février. La tumeur est adhérente à la paroi abdominale antérieure. Les adhérences se laissent déchirer sans peine. Toute la surface de la tumeur est couverte d'anses intestinales qui y ont adhéré, mais qui s'en laissent repousser facilement avec un tampon d'ouate. De la même manière les adhérences entre la tumeur et l'utérus sont libérées et il n'existe plus de rapport entre la tumeur et les organes génitaux. Le péritoine du bassin, comme celui des anses intestinales soudées à la tumeur est enflammé. Les ovaires sont œdémateux, couverts de dépôts fibrineux.

La tumeur entièrement libérée ressemble, tant par sa couleur rouge brune foncée que par sa forme, tellement au foie que je palpe cet organe directement. Le foie se trouve à sa place normale. De même il me semble sentir à droite une petite rate. Pensant que c'est un néoplasme du rein, j'en fais l'ablation indiquée en tous cas par la péritonite occasionnée par la tumeur.

Le pédicule mince est pris dans une ligature simple en soie, coupée et réduit dans le ventre, qui est fermé après.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'une rate hypertrophiée, en plus grande partie nécrosée ou en voie de le devenir.

La guérison se fit sans entrave. Trois semaines après l'opération, la femme a quitté la clinique dans un état de santé parfaite, délivrée de ses douleurs.

J'insiste sur le fait que tant avant qu'après l'opération, tout signe de leucémie a manqué. L'examen du sang, fait après l'opération, n'a révélé aucune anomalie. A ma demande de me donner de ses nouvelles, la femme m'a répondu, le 29 juin 1893, qu'elle se porte parfaitement bien

Pour ce qui est du diagnostic, peut-être la percussion de la rate, que je n'ai pas faite, m'eût mis dans la bonne voie. Probablement, tant la position absolument médiane de la tumeur que son adhérence à l'utérus m'auraient amené pourtant à porter un diagnostic erroné.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juillet 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Mécanisme de la syncope chloroformique

M. Laborde montre à l'Académie, en réalisant sur un lapin trachéotomisé une expérience très facile et très nette, que lorsque l'on fait, au début d'une chloroformisation, passer les compresses de l'anesthésique sous le nez, le cœur et la respiration s'arrêtaient aussitôt. Rien de pareil ne se produit si le chloroforme arrive dans les voies respiratoires par la canule trachéale.

M. A. Guérin a voulu que ses idées sur le rôle du réflexe nasal dans la syncope de la chloroformisation fussent démontrées expérimentalement, afin de convaincre tout le monde. Il convient, lorsque l'on donne l'anesthésique, de faire d'abord respirer par la bouche en maintenant les narines closes. Plus tard, lorsque la sensibilité est abolie, le danger est beaucoup moins grand.

M. Le Fort a vu deux ou trois respirations énergiques faites par le nez amener la mort immédiate du malade qu'il chloroformisait.

Le procédé des tractions rythmées de la langue dans les diverses asphyxies

M. Laborde a réuni un certain nombre d'observations d'emploi du procédé des tractions rythmées de la langue dans l'asphyxie des nouveau-nés, les asphyxies toxiques, l'asphyxie spasmodique et tétanique, l'asphyxie par stransgulation.

M. de Minicis Ettore (de Munich) a pu rappeler un nouveau-né à la vie, alors que les autres procédés étaient restés absolument sans effet.

MM. le professeur Roux et Escande sont intervenus avec le même succès dans des cas analogues.

M. Laborde a pu, par son procédé, sauver une aliénée qui avait avait avalé un flacon de bromidia, mélange calmant où dominent les bromures. La malade était tombée comme foudroyée, et la flagellation avec les linges mouillés, le réchauffement des extrémités, les injections réitérées d'éther, étaient restées sans effet. Dès les 8 ou 10 premières tractions de la langue, il se produisit des respirations profondes et vers la 10e minute, la

respiration commençait à se rétablir. La manœuvre dut cependant être continuée pendant plus d'une demi-heure avant que la fonction respiratoire fût complètement rétablie. Le procédé de la langue convient dans l'intoxication chloralique et bromique, dans l'intoxication chloroformique, etc.

M. Félizet a pu venir à bout, toujours de la même façon, d'une crise d'asphyxie tétanique.

Chez une malade succombant à une méningite tuberculeuse, M. Coutenot a pu rétablir momentanément, par le procédé Laborde, la respiration, et on réussirait certainement dans les asphyxies par pendaison.

Le procédé agit de la façon suivante : excitation du centre bulbo-myélitique par les nerfs sensibles sur lesquels agissent les tractions de la langue, notamment et prodéminemment sur les nerfs laringés supérieurs et les expansions terminales trachéo-bronchiques des pneumogastriques, successivement les nerfs glosso-pharyngien et lingual répercussion réflexe sur les nerfs moteurs respiratoires, et en particulier sur le phrénique, d'où le réveil des mouvements du diaphragme et, par eux, de la fonction respiratoire.

M. H. Maréchal, médecin-major de 1re classe, a publié dans le dernier numéro des *Archives de médecine et de pharmacie militaire* une instruction sur les secours à donner aux noyés et asphyxiés et, en général, aux personnes en état de mort apparente. Ce travail démontre que le procédé de la langue a été favorablement apprécié et accueilli par la commission technique du service de santé près le ministère de la guerre.

— M. Tarnier a échoué plusieurs fois chez des nouveau-nés, tandis que l'insuflation lui a réussi.

— M. Laborde répond qu'il est probable que M. Tarnier n'est pas encore suffisamment familier avec la technique de son procédé.

— M. Budin fait remarquer que, dans certains cas, lorsque, par exemple, un enfant en état de mort apparente a essayé de respirer dans la cavité utérine et a avalé des glaires, l'insuflation et le procédé de la langue doivent échouer ; l'aspiration trachéale est donc seule indiquée.

— Au cours de la séance, M. Hallopeau a été élu membre de l'Académie par 54 voix sur 65 votants.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

Les maladies de l'aorte et du système artériel dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire, par M. H. Kortz. — Il existe un rapport réel, a dit Huchard, entre les affections de l'aorte, l'artério-sclérose et la tuberculose. La tuberculose accompagnant les anévrismes de l'aorte ne dépend pas ordinairement de la compression des poumons et des pneumogastriques. Elle est le plus souvent favorisée par la compression de l'artère pulmonaire ou de ses branches. Dans les aortites, et plus spécialement dans les aortites chroniques, la dilatation de la crosse de l'aorte peut agir à la façon d'un anévrisme, c'est-à-dire par compression. Lorsque la dilatation est absente ou insuffisante pour déterminer cette compression, l'altération des tuniques de l'aorte, diminuant l'élasticité de celle-ci, entrave ou ralentit l'irrigation et la nutrition générale des organes d'où l'hypotrophie. L'inflammation de l'aorte, par sa propagation au plexus aortique et au pneumogastrique peut, en produisant un état congestif du poumon, favoriser l'éclosion de la tuberculose. L'artério-sclérose agit d'une façon gé-

nérale en produisant un rétrécissement des vaisseaux ; de là une insuffisance de l'irrigation sanguine et une insuffisance nutritive de tout l'organisme en général et du poumon en particulier. L'artério-sténose, qui n'en diffère que parce qu'elle se trouve chez des sujets jeunes et qu'elle est congénitale et héréditaire, agit dans le même sens. La phtisie des diabétiques et particulièrement des diabétiques maigres, peut-être rattachée dans certains cas à celle de l'artério-sclérose. La tuberculose des artério-scléreux et des séniles prend souvent les caractères de la phtisie fibreuse chronique. Son évolution, sa marche, sa durée et son pronostic ont de grands points de ressemblance dans les deux cas. L'athérome et les lésions scléreuse de l'artère pulmonaire dans l'artériosclérose généralisée sont très rares et ne peuvent pas être invoquées le plus souvent comme facteur étiologique de la tuberculose.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur la pseudo-tuberculose. — Il existe chez l'homme une pseudo-tuberculose produite par un champignon, l'aspergillus fumigatus. Le champignon peut exister seul ou associé à d'autres agents pathogènes; l'infection qu'il produit peut être primitive ou secondaire, et on peut en admettre trois variétés : A. Pseudo-tuberculose aspergillaire secondaire à une affection pulmonaire. B. Pseudo-tuberculose primitive. C. Pseudo-tuberculose aspergillaire mixte, associée au bacille de Koch. La pseudo-tuberculose primitive et la pseudo-tuberculose aspergillaire mixte associée au bacille de Koch paraissent présenter des symptômes souvent quelque peu différents, parfois à prédominance hémoptoïque, parfois à prédominance dyspnéïque (pseudo-asthme). D. Ces deux variétés de pseudo-tuberculose aspergillaire se rencontrent chez les gaveurs de pigeons qui aspirent accidentellement les spores d'aspergillus fumigatus répandues quelquefois sur la surface des graines. Le champignon se cultive bien sur les milieux arides, surtout sur le liquide de Raulin et sur le moût de bière; il est pathogène pour les animaux; parmi ceux-ci le pigeon et le lapin sont plus particulièrement sensibles aux inoculations.

Les lésions des trois variétés de pseudo-tuberculose aspergillaire que l'auteur a pu reproduire chez ces animaux consistent essentiellement dans des tubercules; dans la première des deux variétés, le tubercule est produit seulement par l'aspergillus dans la troisième variété, le tubercule mixte, créé à la fois par le bacille de Koch et l'aspergillus. Le traitement de la pseudo-tuberculose aspergillaire ne diffère en rien de celui de la tuberculose de Koch.

BIBLIOTHÈQUE

La rougeole, par le docteur H. Barbier
(Bibliothèque médicale Charcot-Debove)

M. le docteur Barbier nous donne dans la collection Charcot-Debove une étude complète de la rougeole. Bien que cette affection soit considérée par beaucoup comme banale, bien que « son importance soit moins grande, la plupart du temps, du fait des accidents qu'elle provoque par elle-même que des complications redoutables dont elle est l'origine », son étude peut néanmoins, ainsi que M. Barbier lui-même vient de nous le prouver, être présentée d'une façon très intéressante. Et cependant, on ne trouvera pas là les complications de la rougeole; elles feront l'objet d'un nouveau volume.

Après avoir fait, en quelques pages un rapide historique, M. Barbier aborde immédiatement un des côtés les plus intéressants de toute maladie infectieuse, celui de l'anato-

mie pathologique et de la bactériologie. Sur ces deux points, cependant, nos connaissances sont encore assez restreintes pour ce qui concerne la rougeole. Les infections secondaires sont si fréquentes, que l'on peut toujours se demander si les altérations profondes du sang et des viscères, surtout lorsqu'elles entraînent la mort, ne leur sont pas dans tous les cas attribuables, et l'on ne peut pas dire jusqu'où va la rougeole franche, simple, et où commencent les complications.

Au point de vue microbiologique, les recherches récentes de Canon et Pielicke sont très importantes, bien que d'une part les essais de culture du bacille qu'ils ont décrit n'aient donné aucun résultat, et que, d'autre part, ce bacille n'ait pas été retrouvé par plusieurs observateurs (Josias, Laveran, etc.)

La symptomatologie, la marche de l'affection, ses formes anormales et ses diverses formes cliniques (rougeoles bénignes, rougeoles graves), sont méthodiquement étudiées; le diagnostic, qui « si facile qu'il paraisse en théorie, prête parfois à de singulières erreurs », est complet. M. Barbier arrive alors à l'étude de la rougeole secondaire : rougeole chez les cachectiques; rougeole dans le cours ou la convalescence des maladies aiguës, fièvre typhoïde, scarlatine, variole, vaccine, varicelle, diphtérie, pneumonie, etc. rougeole dans la grossesse et l'état puerpéral.

La simultanéité des maladies infectieuses est à l'ordre du jour et à ce titre ce chapitre du livre de M. Barbier présente un intérêt particulier.

En quelques pages l'auteur étudie les rechutes et les récidives de la rougeole et en rapporte plusieurs exemples; il faut signaler ici la *rougeole récurrente* que M. Saint-Philippe (Bordeaux) a décrite en 1888. Le pronostic varie avec un grand nombre de conditions que M. Barbier passe en revue; il résume ensuite ce que l'on sait sur l'épidémiologie et sur l'étiologie de la rougeole et insiste sur quelques points particulièrement intéressants: immunité naturelle et immunité acquise, durée de l'incubation, siège du contage, contagion intra-utérine, etc.

Dans le chapitre sur la prophylaxie il nous donne en détail les « règles de prophylaxie individuelles », et « les règles de prophylaxie applicables aux agglomérations : hôpitaux, écoles, collèges, casernes, etc. » Comme sur ce point il faut toujours demander beaucoup pour obtenir peu, on ne saurait reprocher à ces règles d'être trop exigeantes et souvent absolument inapplicables. Enfin, le traitement varie avec les formes de l'affection; on sait que la balnéation froide a été employée avec succès dans les rougeoles ataxo-adynamiques; dans les rougeoles normales, ce qu'il faut surtout surveiller, c'est l'hygiène du malade; tous les efforts doivent tendre à prévenir les complications.

Si le livre de M. Barbier est utile par ce fait qu'il résume nos connaissances sur la rougeole, ce qui vient ajouter à sa valeur et augmenter l'intérêt qu'il présente ce sont les recherches de l'auteur que l'on trouve consignées çà et là, assez nombreuses pour donner à l'ouvrage une note personnelle et originale.

Médecine légale militaire

par MM. les docteurs Du Cazal et Catrin, professeurs au Val-de-Grâce. 1 vol. de la *Bibliothèque des Aide-Mémoire.* — G. Masson, Paris, 1893.

La médecine légale militaire diffère spécifiquement de la médecine légale judiciaire par la nature des expertises, spéciales à l'armée. C'est à peu près dans tous les actes par lesquels il exerce ses fonctions que le médecin militaire fait œuvre de médecin-légiste, d'*expert*. La sanction de cette mise en œuvre est tantôt une décision verbale, comme au Conseil de revision, tantôt la rédaction de certificats, tantôt la tenue de livres réglementaires enregistrant les décisions intervenues. Or, le médecin civil, avec la nouvelle organisation de la Défense nationale, peut se voir appelé aux fonctions de médecin

d'armée, à celles d'expert, par conséquent. Il ne lui est donc pas permis de demeurer étranger aux questions de médecine légale militaire.

L'Aide-Mémoire de MM. Du Cazal et Catrin est un manuel substantiel mais complet des expertises relatives : 1° aux entrées dans l'armée ; 2° à l'incorporation et au séjour dans l'armée ; 3° aux sorties définitives de l'armée. Il comprend, sous ces trois rubriques, la définition du rôle de l'expert médical dans toutes les circonstances où celui-ci doit intervenir aux diverses phases de la condition militaire, depuis le Conseil de revision jusqu'à l'admission aux Invalides.

COURRIER

Inauguration du nouveau service orthopédique du docteur Kirmisson. — Le 1er juillet a eu lieu à l'hospice des Enfants assistés, l'inauguration du nouveau service de chirurgie annexé à la consultation orthopédique externe, créée par M. le docteur Kirmisson.

Le nouveau pavillon comprend deux salles de dix lits et deux chambres d'isolement, plus une salle d'opérations, construite avec toutes les commodités que réclament l'antisepsie et l'asepsie.

On sait les services que M. Kirmisson a rendus à l'orthopédie et l'on s'en convaincra facilement en assistant à l'une de ses visites et en voyant la superbe installation consacrée au traitement de la scoliose. Un chiffre suffit du reste pour montrer l'importance de la consultation orthopédique. En 1892, il a passé par l'hôpital des Enfants assistés, plus de 10,600 petits malades chirurgicaux.

Honoraires de médecins pour soins donnés à des domestiques. — Un juge de paix de Paris ayant à régler un contestation entre un médecin et l'un de ses clients, au sujet de soins donnés à la domestique de ce dernier, vient de donner gain de cause à notre confrère.

L'arrêt du juge est fondé sur les faits suivants :

Que la bonne tombée malade pendant qu'elle était au *service du client récalcitrant, a été soignée par le médecin de ce dernier;* que s'il n'en avait pas été ainsi, cette bonne qui n'avait pas un gage élevé se serait fait soigner à l'hôpital ; que d'ailleurs il est d'usage constant que le *maître paye les soins donnés à ses domestiques.*

— Il faut bien parler de cet exploit puisque tous les journaux de médecine le citent et que M. Brouardel y était :

L'équipe à quatre rameurs de l'Ecole de médecine a battu d'une longueur et demie l'équipe de l'Ecole de droit.

Le départ avait été donné à Saint-Cloud, l'arrivée avait lieu à Suresnes. Le parcours était de 2,500 mètres environ ; il a été fait par l'équipe gagnante en 9'55".

Ce n'est qu'à quelque cent mètres du but que l'Ecole de médecine, qui était constamment restée en arrière, a pu, grâce à un bel enlevage, rattraper sa concurrente et la dépasser.

On ne pourra plus dire qu'on dédaigne en France les exercices physiques.

Dispenses militaires des étudiants. — M. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris, vient de rappeler aux doyens des Facultés, ainsi qu'au directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie, qu'en vertu de l'article 36 du règlement du 23 novembre 1889 sur les dispenses militaires, les étudiants dispensés par l'article 23 de la loi sur le recrutement doivent produire, du 15 septembre au 15 octobre de chaque année, jusqu'à l'âge de 26 ans, au commandant du bureau de recrutement de la subdivision à laquelle appar-

tient le canton où ils ont tiré au sort, un certificat, afin d'établir qu'ils continuent à remplir les conditions sous lesquelles la dispense leur a été accordée.

En conséquence, les étudiants qui se trouvent dans la situation ci-dessus indiquée, devront réclamer ce certificat au secrétariat de leur Faculté ou Ecole du 1er au 15 juillet. *Passé ce délai aucun certificat ne sera plus délivré.*

Congrès pour l'étude de la tuberculose humaine et animale. — 3e Session, à Paris, du 27 juillet au 2 août 1893. — Questions à l'ordre du jour. — 1. Du rôle respectif de la contagion et de l'hérédité dans la propagation de la tuberculose.

2. Des maladies infectieuses comme agents provocateurs de la tuberculose. Du rôle de ces maladies dans la localisation de la tuberculose; par exemple: de la blennorrhagie dans l'éclosion de la tuberculose du testicule, de la grippe dans l'apparition ou l'aggravation de la tuberculose pulmonaire, etc.

3. Des trêves de la tuberculose. De la durée de ces trêves. Des moyens de les reconnaître et de prévoir leur cessation. Des causes de la récidive.

4. Des divers moyens de diagnostiquer la tuberculose bovine; en particulier, rechercher si l'inoculation de la tuberculine est un moyen sûr et certain d'établir le diagnostic de la tuberculose chez les bovidés.

5. Des dangers qui peuvent provenir de l'inhumation des cadavres de tuberculeux. De l'opportunité de remplacer l'inhumation par la *crémation*; de la nécessité de détruire les bacilles tuberculeux dans les cadavres par des injections parasiticides.

6. Des nouveaux modes de traitements prophylactique et curatif de la tuberculose, basés sur l'étiologie.

7. Utilité de la généralisation du service d'inspection des viandes.

Prière d'adresser l'adhésion avec un mandat postal de 20 francs, ainsi que la demande de billets de chemin de fer (avant le 1er juillet), à M. G. Masson, trésorier du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain.

Signalons la question concernant la *Crémation.*

Corps de santé de la marine et des colonies. — M. le médecin de première classe des colonies Merveilleux, précédemment désigné pour la Guadeloupe, est appelé à servir à Saint-Pierre et Miquelon et rejoindra son poste par le paquebot partant du Havre, à destination de New-York, le 22 juillet.

Le ministre demande les noms des médecins de deuxième classe désireux d'aller servir au régiment de tirailleurs soudanais; l'officier du corps da santé qui recevra cette destination prendra passage sur le paquebot partant de Bordeaux, le 20 août prochain.

M. le médecin de deuxième classe Santelli embarque comme médecin en sous-ordre, à bord de l'*Austerlitz*, en remplacement de M. le médecin de première classe C.-P., qui est affecté au cadre de Brest.

M. le médecin de deuxième classe Ono dit Biot est désigné pour embarquer sur l'*Aspic*, à Saïgon.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

HYGIÈNE

EXERCICES PHYSIQUES, GYMNASTIQUE ET SPORT (fin) (1)

Sports pédestres. — Il y en a de deux sortes : 1° la marche, avec ou sans fardeau ; 2° la course, avec ou sans obstacles, et les jeux qui en dérivent.

Marche. — La marche est un exercice tellement habituel, qu'elle ne peut être que salutaire, même lorsqu'on la pousse jusqu'à l'extrême fatigue. Elle convient à tous les âges, à toutes les constitutions, j'allais dire à toutes les santés, s'il n'y avait pas des états morbides qui interdisent toute locomotion. Toujours est-il que la promenade à pied est le premier exercice qu'on prescrit aux malades et le dernier qu'on leur interdit ; mais il ne s'agit pas ici de cette déambulation paisible et digestive à laquelle chacun se livre tous les jours, mais des concours de résistance et de vitesse, des luttes qui marquent la limite que les forces humaines peuvent atteindre dans ce genre de locomotion et dont nous avons à apprécier l'influence sur la santé.

C'est surtout au point de vue de la profession militaire que la question intéresse. Elle est de premier ordre pour le succès de nos luttes futures. « La victoire, a dit le général Lewal, appartiendra, dans l'avenir, aux « armées qui pourront marcher le plus longtemps, le plus vite et avec le « moins d'*impedimenta* possible ».

Le pas le plus habituel aux armées est celui de 75 centimètres, à raison de 120 par minute. Les frères Weber ont calculé le maximum de vitesse

(1) Voir l'*Union médicale* des 20 mai et 4 juillet.

FEUILLETON

La médecine hors du Temple

La science médicale est, par son objet même, celle qui, de tout temps, a le plus fortement intéressé les hommes. A cela il y a deux raisons. La première est l'amour instinctif et inaltérable que nous avons tous pour cette « chère guenille » qu'est notre corps et l'attachement que nous inspire la douce vallée dite « de larmes » d'où chacun désire passer le plus tard possible dans un monde meilleur. La seconde est l'attrait singulier qui a toujours entraîné, et entraînera toujours l'humanité vers le mystère et le merveilleux. Or, quoi de plus mystérieux que l'étude de la vie dans son essence, dans ses origines, dans ses moyens, dans ses faiblesses, dans ses luttes, dans ses victoires et dans ses défaites ? Intérêt matériel direct et immédiat, curiosité intellectuelle, irrésistible telles sont les causes qui font à la médecine une place si grande dans les préoccupations du public. De jour en jour ce curieux état d'esprit s'étend et se généralise, ses manifestations extérieures s'accentuent et elles s'élèvent ; l'inquiétude de savoir les

qu'un homme de moyenne stature peut acquérir par la marche accélérée, et ils sont arrivés aux résultats suivants :

Longueur du pas, 0m8656;

Durée du pas, 0s332 ;

Vitesse de déplacements et espace parcouru en une seconde, 2m608 ;

Chemin parcouru en une heure, 9,389 mètres.

Ces résultats ont été obtenus dans la marche sur un terrain plein et ne pourraient s'appliquer à une route accidentée. Cependant, les concours qui ont eu lieu les années dernières et qui donnent la mesure de la vitesse qu'on peut atteindre, dans ces dernières conditions, ont fourni des chiffres plus élevés. Ainsi, dans le match organisé par la Société française de marche de Paris et qui a eu lieu le 14 mai dernier, la course consistait à se rendre de la porte Maillot à Versailles et à revenir au point de départ. La distance à parcourir était de 36 kilomètres ; sur 15 concurrents, 5 l'ont franchie en moins de quatre heures et le premier arrivé en 3 heures 36 minutes ; ce qui fait plus de 10 kilomètres à l'heure et laisse assez loin en arrière les chiffres des frères Weber. Dans les marches de longue haleine, comme celle qui a eu lieu de Saint-Brieuc à Brest, il y a deux ans, et dans laquelle plus de deux cents concurrents étaient engagés. Dans la marche de Paris à Belfort, organisée par le *Petit Journal* au mois de juin 1892 (1), dans le match de Berlin à Vienne, du mois dernier, on est arrivé à des moyennes surprenantes, sous l'influence de l'émulation et de l'entraînement.

En général ces tours de force sont inoffensifs, tant la marche est naturelle à l'homme. J'ai ouï dire, toutefois, qu'il y avait eu quelques cas de mort parmi les nombreux compétiteurs de la course de Saint-Brieuc à Brest ; mais c'était au mois d'août, par un temps extrêmement chaud, et il est probable que quelques-uns des concurrents avaient méconnu leurs

(1) Le vainqueur Ramogé a franchi les 500 kilomètres en quatre jours, et un des concurrents, le professeur Duval, a fait 139 kilomètres en 24 heures.

choses qui concernent notre art, se hausse à la taille d'un besoin qu'il faut à tout prix satisfaire, et il semble que les gens qui se donnent la tâche d'assouvir cette curiosité, obéissent eux-mêmes, en le faisant, à une invincible impulsion où se trahit comme une anxiété de désir inapaisé.

Dans l'ordre privé, cela se traduit pour nous d'une façon invariablement désagréable, on pourrait dire cruelle. Dès que nous ne sommes pas tout à fait entre médecins, il nous devient impossible de causer d'autre chose que de médecine. On nous accable de questions, on nous assaille de demandes, on nous étouffe sous l'amoncellement des points d'interrogation. Les problèmes les plus ardus de la physiologie, les détails les plus frissonnants de la chirurgie, les théories les plus spéculatives de la biologie, nous devons tout dire, on ne nous fait grâce de rien. Partout où nous sommes, on exige de nous, comme un tribut, une petite leçon de clinique. Si, du moins, on nous la laissait faire en paix ! Pas du tout. Ces sortes de réunions sont contradictoires. On nous pose des objections, on nous tend des pièges, on machine contre nous des guet-apens, et, une très légère malice intervenant, c'est toujours une joie de nous mettre en contradiction avec le dire d'un confrère antérieurement exploité comme nous et qu'on a mal compris.

aptitudes physiques ou commis des imprudences dangereuses lorsqu'on se livre à un pareil effort.

On ne peut pas en dire autant des marches accomplies en portant de lourds fardeaux. C'est le cas du soldat. Sa charge, en temps de guerre, est fixée à 26 kil. 988 par la décision du 19 avril 1879. Avec ce poids on lui impose des marches de 16 kilomètres dans les commencements pour arriver à 30 kilomètres au moment des exercices d'application. L'allure aussi est progressivement augmentée, et ils parviennent à faire de 125 à 135 pas à la minute ; mais la cadence de 120 pas est toujours reprise pendant la dernière demi-heure de marche. On fait faire aux troupes en marche des haltes de dix minutes toutes les heures ; et on permet alors aux hommes de déposer leurs sacs et de s'asseoir, si la terre n'est pas mouillée, et cela sans préjudice de la grande halte d'une heure, faite à mi-chemin, et pendant laquelle ils prennent leur repas. On évite, autant que possible, de faire marcher les troupes pendant la nuit et les heures trop chaudes du jour en été. On arrive ainsi à une moyenne de 25 kilomètres par jour; jamais Napoléon n'a pu obtenir plus de 36 kilomètres en 24 heurs (1).

Les match dont nous allons parler n'ont rien de commun avec ces marches réglées de façon à ne demander au soldat que l'effort qu'il peut fournir sans compromettre sa santé. Le concours de *coltineurs*, de forts de la Halle, qui sont devenus à la mode au printemps dernier, se passent entre gens entraînés de longue main et d'une vigueur peu commune. La première a eu lieu sur la route de Paris à Corbeil ; la seconde, du Havre à Montivilliers (20 kilomètres) ; la troisième, celle qui a eu le plus de retentissement, s'est passée sur le sable de la piste tracée dans le pavillon des Arts-Libéraux au Champ-de-Mars. Elle a eu lieu entre les coltineurs et les

(1) C'est la distance qui fut franchie le 15 juin 1815, par une partie du deuxième corps d'armée. Dans la campagne de 1870-1871, il y a eu également des marches de 32 à 36 kilomètres accomplies par des fractions de corps. (Ch. Viry, *Manuel d'hygiène militaire*, 1888. 2e édit. p. 229.)

Ce supplice, qui est de tous les jours, en devient intolérable. Après l'avoir enduré pendant de longues années, j'ai pris l'énergique résolution de m'y soustraire et de rester sourd à toutes les sollicitations des questionneurs. A la vérité, on ne fait alors que changer de torture ; pour s'être fait muet, on ne s'est pas rendu sourd; les théories qu'on refuse d'exposer, on doit subir de les entendre, et de quelles bouches, et sous quelle forme, et combien grotesquement travesties. Si vous vous êtes trouvé une seule fois, cher confrère, aux prises avec un interlocuteur habituellement échauffé, qui ait acquis la douce manie de charmer les loisirs d'un jour de purgation par la lecture des traités de médecine dépurative de Leroy ou de Dehaut, vous devez être certainement en communauté d'idées avec moi.

Cette forme vulgaire de l'*Iatromanie* n'a rien qui soit particulier à l'époque où nous vivons ; elle a existé de tout temps. Il en est d'autres que les dernières années de ce siècle ont vues naître et qui, moins pénibles pour nous, puisqu'il nous est facile de n'en être pas les victimes, sont plus dangereuses pour le public auquel je ne doute pas qu'elles ne finissent par causer quelque dommage. Elles se manifestent sous le couvert de productions artistiques : le tableau, le journal et le livre en sont les expressions les plus significatives. Aux expositions de peinture, rien n'attire et ne retient la foule plus

forts de la Halle qui avaient déja lutté, et les Dahoméens campés depuis quelques temps au Champ-de-Mars. Il y avait 43 champions d'un côté et 10 de l'autre ; les blancs portaient 100 kilogrammes sur les épaules et les noirs 50 kilogrammes sur la tête. La course était de 1C0 kilomètres. Le gagnant l'a parcourue en 92 heures et 10 minutes ; mais il est arrivé absolument fourbu, ne pouvant plus parler, voyant à peine et se traînant le long de la corde qui marquait la piste pour ne pas s'égarer. Accablé par la chaleur, il avait arraché une partie de ses vêtements et était aux trois quarts nu. Il eut une défaillance à 200 mètres du poteau. Haletant, la tête penchée sur l'épaule, en proie à une crise nerveuse, il ne reprit ses sens qu'après avoir bu du champagne et pris du café noir que lui a administré un médecin accouru en toute hâte. Après ce reconfort, il se releva, reprit son sac et acheva sa course au pas gymnastique. Ce tour de force n'a pas eu pour lui de conséquences fâcheuses. Il en a été de même d'un coltineur qui, à la même époque, est allé de Paris au Havre avec un poids de 100 kilogrammes sur le dos. A la fin de ce trajet de 216 kilomètres, il paraissait fourbu, sa taille avait diminué de 35 millimètres ; la respiration était normale, les battement du cœur précipités.

Il ne viendra à la pensée de personne d'approuver des excentricités pareilles ; elles n'ont rien à revoir avec l'hygiène ; elles prouvent tout au plus jusqu'où peut aller l'énergie et la force de volonté ; mais cette démonstration peut se faire d'une façon plus intelligente. Du reste la mode en est déjà passée.

Course a pied. — La course est un exercice hygiénique et salutaire ; mais il n'est pas aussi inoffensif que la marche, il est dangereux pour certaines personnes ; son abus a des inconvénients pour tout le monde et il demande un véritable entraînement.

La course exige un effort considérable ; elle accélère la respiration et la circulation, élève la température et fait couler la sueur. L'essoufflement qu'elle produit très vite est causé par la nécessité dans laquelle se trouve le coureur d'immobiliser le tronc dans la position de l'effort, pour donner un

---

que ces scènes aussi nombreuses que variées où le pinceau fait vivre un coin d'hôpital ou de laboratoire. C'est à peine si les sujets militaires, en dépit des idées qu'ils réveillent, des sentiments qu'ils font vibrer et du grand talent des artistes qui ont rajeuni ce genre, savent captiver au même degré l'attention de la foule. Comment refuser d'y voir la preuve d'une évolution de l'esprit des masses dont on a, par ailleurs, tant d'autres symptômes significatifs ?

Le journalisme, ce sphygmographe de l'opinion, dont les pulsations sont synchromes aux siennes et qui la subit plus qu'il ne la façonne, témoigne aussi dans le même sens. Comptes rendus de nos sociétés savantes, échos des doctrines nouvelles, causeries médicales ou hygiéniques, tout cela se trouve dans les journaux les moins techniques ; des confrères sont attachés à leur rédaction ; des vulgarisateurs ont la charge d'y cuisiner pour le public de petits ragoûts chirurgicaux à l'usage des gens du monde, où nous sommes étrillés parfois de bien comique façon. Mais même alors que nos hardiesses passent pour des crimes, et que nos scalpels sont présentés comme d'inexorables coutelas d'éventreurs, la constante obsession de nos sujets d'étude et de nos moyens d'action n'en éclate pas moins nettement.

Plus que la toile encore et plus que le journal, le livre donne la mesure de ces ten-

point d'appui fixe aux muscles des membres inférieurs. Il ne respire plus que par le sommet du poumon dont les autres parties conservent l'air nécessaire à leur distension, et l'activité respiratoire n'est plus en rapport avec celle de la circulation accélérée par la contraction des muscles. Une haute capacité respiratoire, permettant au poumon de renfermer une bonne provision d'air au début de la course, est nécessaire pour soutenir longtemps cet exercice. Il ne convient pas aux individus débiles, à poitrine étroite, aux gens obèses, à ventre proéminent ; il est dangereux pour les emphysémateux et les cardiaques dont il empire l'état et chez lesquels il peut déterminer la mort subite ; mais tout individu sain et encore jeune peut s'exercer à la course, à la condition de s'y habituer progressivement, de s'y *entraîner* comme on le dit aujourd'hui et comme on le faisait autrefois dans les collèges.

Les frères Weber ont calculé qu'un bon coureur pouvait franchir 7 m. 600 par seconde, ce qui donnerait 28 kilomètres en une heure, si cette vitesse pouvait se maintenir au delà de quelques minutes ; mais personne n'y est parvenu. On cite le coureur Toronsed qui est allé de Londres à Brighton en huit heures (1). La distance est de 72 milles, ce qui fait 16,668 mètres à l'heure. On peut dépasser un peu ce chiffre pour de petits parcours. Ainsi, lors du sixième grand *steeple chase* national, de l'Union des sports athlétiques, qui fut couru le 16 avril 1893 sur la piste du *Racing-club* de France, la distance était de 4,000 mètres avec 20 obstacles. Elle a été franchie par le vainqueur en 14' 2" 2/5, ce qui donnerait 17,100 mètres à l'heure. « C'est le *meilleur temps* qui ait été fait. »

Pour accomplir de pareilles prouesses, il faut des sujets d'élite et convenablement entraînés. Il ne faudrait pas que tous les jeunes gens voulussent tenter l'aventure ; il y en aurait dans le nombre qui y contracteraient des hypertrophies du cœur, comme on en observe dans les régiments où on

(1) Jacquemet, *De l'entraînement chez l'homme au point de vue physiologique, prophylactique et curatif.*

dances; et des essais, que la brusquerie imprévue de leur outrance a peut-être seule fait condamner, permettent de se demander si le théâtre n'entrera pas bientôt dans la voie que d'autres branches de l'art ont déjà si largement ouverte. Le roman contemporain fait entrer de plus en plus, dans ses procédés littéraires, le développement de théories et l'exposition de faits purement médicaux. Cela lui devient un moyen très suivi d'intéresser et d'émouvoir. Le lecteur se pâme d'aise à la peinture de certains détails et son plaisir s'aiguise d'une pointe de vanité à la pensée qu'il vient de faire, avec l'autenr, un pas dans la connaissance des secrets convoités et que des arcanes lui ont été é-voilés.

Il y a dans la « Joie de vivre » une jolie séance de version podalique (où très minutieusement est décrite la façon dont l'opérateur se graisse la face dorsale mais non la face palmaire de la main) qui m'a toujours paru le spécimen accompli et le modèle du genre.

J'avoue bien franchement que ce genre-là ne me paraît avoir que des rapports très éloignés avec l'art, et que si la médecine ne perd pas grand chose à cette besogne où on l'emploie, la littérature n'y gagne absolument rien. Elle en subit même un réel dommage, quand les lambeaux de science travestie dont sont bariolés certains ouvrages, cessant

abuse du pas gymnastique. Les mêmes considérations s'appliquent au saut avec ou sans tremplin et à tous les jeux dont la course est le principal élément; seulement, dans ce dernier cas, il y a des repos fréquents qui laissent au cœur le temps de se calmer.

Sport nautique. — Le canotage nous est venu d'Angleterre. Dans ce pays c'est le premier des *sports*. La lutte annuelle des équipes de Cambridge et d'Oxford a la même importance et passionne autant les populations que les courses de New-Market. On s'y prépare plusieurs mois à l'avance et par un entraînement sérieux.

En France, le canotage a fait de grands progrès depuis l'époque où Alphonse Karr l'a mis à la mode à Paris. C'était vers 1830 qu'il forma une petite Societé dans laquelle on comptait des noms devenus célèbres : Théophile Gautier, Adolphe Adam, Louis et Théophile Gudin, Victor Deligny, etc. Les premières courses eurent lieu dans des canots de navires venus du Havre; depuis on en a construit de spéciaux. Il y a maintenant des *yoles* et des *outriggers* à huit avirons. Trois sociétés se sont formées; elles ont leurs statuts, leurs embarcations, leurs barrages et elles organisent, sur la Seine et la Marne, des luttes qui rappellent celles d'Oxford et de Cambridge. J'ai été témoin de celles qui ont eu lieu sur la Marne à l'époque du congrès des exercices physiques dont j'ai parlé plus haut, et j'en ai été ravi (1).

Il n'est pas d'exercice plus salutaire que celui-là. Il met surtout en action les muscles des membres supérieurs, ceux du tronc et des lombes. Il contrebalance ainsi l'usage trop exclusif dos membres inférieurs. Pour juger de ses effets, il suffit de regarder les torses splendides de nos matelots et la musculature puissante de leurs bras, contrastant avec la gracilité de leurs jambes. Cette opposition était surtout frappante chez les marins d'autre-

(1) Dans les joutes à l'aviron, les *outriggers* à huit avirons, avec des équipes bien entraînées, arrivent à faire leurs 15 kilomètres à l'heure.

---

de rester de simples agréments épisodiques, sont offerts au lecteur comme des conséquences légitimes ou des conclusions logiques de certaines théories fondamentales. Je ne serais pas surpris que beaucoup d'entre nous aient éprouvé ce sentiment à la lecture du « docteur Pascal » qui semble être le *quod erat demonstrandum* de la longue série des « Rougon-Macquart ». Théories et épisodes s'y succèdent, s'y pressent, s'y poursuivent d'un bout à l'autre, égalem nt tristes et controuvés.

Cette pauvre vieille folle d'Adélaïde Fouque qui, jusqu'à l'âge de cent cinq ans, s'est conservée miraculeusement dans sa démence comme un fruit mûr dans du sirop, a vu naître de sa descendance trente et une personnes sur lesquelles (malgré l'adjonction, par une demi douzaine de mariages heureux, d'éléments sains et solides au sang originel) on compte vingt-cinq individus qui sont ou des vicieux, ou des criminels, ou des fous. Cette brillante postérité aboutit, en fin de compte, à quatre enfants dont l'un est encore à naître. Les trois autres sont déjà morts d'hydrocéphalie, d'hémophilie et de variole. Palsambleu, gentilshommes, vive l'accroissement de la population par l'immigration étrangère, si c'est là l'effet de nos croisements aborigènes! Je sens mon zèle d'apôtre de la reproduction se ralentir et se glacer.

Nous ne naissons plus ? tant mieux, si c'est pour mourir brûlés par la cendre de nos

fois, alors que les embarcations ne se manœuvraient qu'à l'aviron et qu'il n'y avait ni chaloupes ni canots à vapeur.

Natation. — C'est l'exercice le plus hygiénique, le plus salutaire et le plus utile de tous. C'est le plus hygiénique, parce qu'il met en jeu des muscles qui sont d'ordinaire au repos, qu'il développe la poitrine par les inspirations profondes et soutenues qu'il exige, et parce qu'il joint à l'action musculaire l'influence tonique du bain froid. C'est le plus utile, parce qu'il met à même de sauver sa vie et celle des autres. Il est bon pour tout le monde de savoir nager; mais cela est nécessaire aux hommes qui vivent sur le littoral et sur le bord des fleuves, il est indispensable aux jeunes gens qui se destinent aux professions maritimes.

J'ai toujours été surpris du peu d'importance qu'on y attache dans la marine où tant de matelots et d'officiers ne savent pas nager. C'est un art qui demanderait à être encouragé partout, pour les raisons que j'ai données en commençant. Il devrait y avoir des écoles de natation sur toutes les rivières qui ont un tirant d'eau suffisant, et des piscines de natation dans toutes les villes qui ne sont pas sur le bord des fleuves. On n'en compte que trois à Paris.

Je ne parlerai ni de l'équitation, ni de l'escrime, ni de la boxe, parce que je n'écris pas un traité *ex-professo* et que tout a été dit à leur égard, mais je signalerai en finissant un exercice à la mode qui rappelle les jeux de l'antiquité. Nos jeunes hommes s'exercent à lancer le disque, à l'imitation des jeunes citoyens d'Athènes. Il y en a qui arrivent à lancer un poids de 7 kil. 250 gr., à une distance de 10 mètres.

Tous ces exercices sont on ne peut plus salutaires. Ils développent le système musculaire, activent toutes les fonctions, donnent de l'adresse, de la précision, du coup d'œil et finissent enfin par donner à l'homme toute sa valeur physique, avec la confiance en soi qui en est la conséquence et cet aplomb dans la vie, que n'auront jamais les êtres chétifs et mal-venus, qu'on élève dans la claustration et la sédentarité. Il n'y a pas d'être complet

---

pipes ! Oh ! qu'elle est bien « fin de siècle » cette histoire de combustion spontanée; mais entendons-nous, elle est « fin 17e siècle », elle date évidemment du temps de Bartholin et de Lecat. Sous cette réserve, elle est exquise, elle est superbe, elle est royale, comme le dit si bien son neveu Pascal, la mort de ce vieil ivrogne d'oncle qui flambe de lui-même et, sous forme d'un suint roux et gras, mal odorant, baigne sa maison tout entière, imprègne tout ce qui lui a appartenu, puis, s'envole, à travers la fenêtre de sa chambre, en un nuage d'empyreume. On ne peut pas dire que ce soit gracieux comme l'épisode d'Aristée dans la quatrième Georgique, mais ce n'est pas loin d'être aussi amusant que le début d'un des meilleurs contes d'Armand Sylvestre dont cela se rapproche par un côté. Je veux parler de l'histoire de ces trois magistrats qui somnolaient doucement à l'audience, par un de ces chauds et lourds après-midi d'été où les yeux se closent d'eux-mêmes, où la pensée aussi, irrésistiblement, s'endort. Sous l'estrade, où rêvait le tribunal, un tuyau de gaz était, par mégarde, resté ouvert et lentement, lentement, le carbure d'hydrogène s'infiltrait sous les robes des bons juges qui s'enflaient à mesure. Bientôt on les vit animés, sur leurs sièges, d'un balancement léger; puis il sembla qu'ils se soulevaient, qu'ils grandissaient. On les voyait monter par-dessus le rempart des codes amoncelés et, tous trois, semblaient bercés du large mouvement rythmé

sans le juste équilibre des forces intellectuelles et des forces physiques. Le *sport* lui-même, a du bon. C'est l'effort libre, c'est la lutte, c'est l'endurcissement, c'est la culture musculaire du corps etlaculture du caractère(1). Ces luttes insensées dont j'ai parlé plus haut pour blâmer leurs exagérations, ces vélocipédistes, ces coltineurs qui vont presque jusqu'à la mort, sur leur selle ou sous leur fardeau, sont des imprudents sans doute, ce sont des fous qui dépensent pour atteindre un but inutile, des forces qu'ils pourraient mieux utiliser; mais ils prouvent, en fin de compte, quelle puissance de volonté, de résistance, quel fond, en un mot, a no re vieille race française qu'on affecte aujourd'hui de dédaigner.

Jules ROCHARD.

(1) Pierre de Coubertin. L'*Education athlétique,* conférence faite le 26 janvier 1889 à l'Association pour l'avancement de sciences. Paris, 1889, p. 17.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Les vacances approchent et la Société de chirurgie s'en ressent comme toutes les réunions savantes, non pas tant à l'intérêt des communications qui y sont faites qu'au nombre moins grand des membres qui assistent de moins en moins aux séances.

C'est M. RECLUS qui, mercredi dernier, a pris le premier la parole pour terminer, nous le pensons, du moins, le petit débat engagé sur l'*appendicite.*

Après avoir rappelé la dernière communication de M. RICHELOT sur l'appendicite tuberculeuse et les recherches récentes de M. Cornil, qui maintient que le bacille jouerait un plus grand rôle qu'on ne le pense, l'orateur, conclut comme tous les membres de la Société à l'intervention précoce, seule capable d'enrayer les accidents et d'empêcher la généralisation. Passant ensuite aux appendicites compliquées de péritonite, il en retrace rapidement le traitement qui s'impose, c'est la laparotomie immédiate. Cette opération,

---

d'un métronome qui scande un *adagio*. Tout d'un coup, quelque huissier, je pense, ayant ouvert une porte, une léger courant d'air emporta les robins qu'on vit s ortir par la fenêtre, toujours dormants, toujours bercés, s'inclinant, se redressant, tournoyant au gré de la fraîche brise, s'envolant en plein ciel, emplissant l'horizon. Il leur arrive ensuite, vous devez vous en souvenir, des aventures beaucoup plus difficiles à raconter; mais ne pensez-vous pas comme moi, que, même sans avoir la biologie pour excuse, ces aventures valent encore mieux que celle du sexagénaire Pascal Rougon, détraqué par l'étude des névroses sanglantes ou fangeuses de sa famille, qui corrompt sa nièce et couronne par un inceste cynique une existence de vieux maniaque.

Du reste, rien ne sort intact de ce livre, pas même le séquardisme, puisqu'il y est démontré qu'après un temps relativement court, « la valvule mollit et s'arrête », se fût-on ruiné, pour lui conserver du ressort, en cervelles de mouton et en eau distillée.

La science et l'imagination font ensemble mauvais ménage, et leur mélange-soudure, fantaisie scientifique ou science fantaisiste, ne me dit vraiment pas grand chose... Ça ne me chante pas!

dans les conditions suscitées, ne donne pour le moment que 50 p. 100 de succès; mais cette proportion s'accroîtra certainement dans l'avenir.

Pour les appendicites à rechute, la question est moins facile à résoudre à l'unanimité. Mais, dit M. Reclus, tous les chirurgiens sont d'avis que l'intervention à froid offre peu de dangers, sauf dans les cas où il se trouve un abcès, et ici il n'y a plus de doute sur la nécessité de l'opération; mais celle-ci ne devra pas être la même.

Si l'abcès est rencontré, c'est lui qu'on recherchera, qu'on ouvrira, qu'on traitera. La résection de l'appendice passe ici au second plan, et cependant sans réséquer à tout prix, il faut aller vers cet appendice, l'examiner, le détacher de ses adhérences s'il y a lieu; et souvent, en faisant ces manœuvres, on ouvrira des poches purulentes, qui sans cela auraient pu échapper au chirurgien.

Un *sarco-épithélioma du testicule* chez un enfant de 6 ans et demi, est une tumeur rare, et cette observation a fait le sujet d'un rapport de M. Gérard-Marchant, dans lequel il analyse le travail de M le docteur Reboul (de Marseille).

Le diagnostic fut hésitant, mais l'opération fut décidée et à juste titre, puisque l'examen anatomique démontra la nature curieuse de cette tumeur et sa malignité.

C'est sur l'adulte, sur des hommes de 40 à 50 ans, que se rencontrent ces épithéliomes accompagnés de parties sarcomateuses et l'on sait les théories qui ont été émises pour expliquer leur genèse. Comme le fait remarquer M. G. Marchant, le point particulièrement intéressant de l'observation de M. Reboul, a trait à l'âge du sujet qui permet d'interpréter plus facilement la théorie de Conheim dans le développement de ces tumeurs. Si, en effet, les éléments pathologiques du néoplasme sont dus au développement soudain des débris embryonnaires; ce développement est d'autant plus compréhensible qu'il se rapproche plus de la formation de l'individu, et par conséquent plus facile à comprendre chez un enfant de 6 ans que sur un adulte.

M. Marchand monte ensuite à la tribune pour faire à la Société une communication sur le *traitement des fibromes sessiles intra-utérins*. Il a énucléé treize de ces tumeurs avec ou sans morcellement. Le volume seul du néoplasme peut permettre des catégories et quatre fois il a extirpé de l'utérus, en laissant l'organe en place, des fibromes de 1 à 4 kilogrammes.

La lecture des opérations montre que dans, 9 cas, les tumeurs étant de moyen volume, M. Marchand a obtenu 9 guérisons.

Les procédés employés ont été les suivants : d'abord il était nécessaire de se faire un voie pour arriver sur le néoplasme ; pour cela le col a été dilaté, ou incisé latéralement ou des deux côtés ; le chirurgien de Saint-Louis a même eu recours à la désinsertion totale du col ; ceci fait, le morcellement a été le plus souvent nécessaire pour permettre l'éradication complète de la tumeur, et jamais il n'y a eu d'accident. Il n'en a pas été de même pour les gros fibromes. Sur quatre de ces tumeurs opérées, la guérison n'a eu lieu que deux fois et dans un cas l'hysterectomie abdominale a seule été capable de permettre l'extirpation de la tumeur.

Il faut donc bien savoir que le morcellement est dans certains cas inapplicable, qu'il est long, pénible, et ne peut pas être supporté par des malades déjà affaiblis par leur tumeur; que l'énucléation intra-utérine est au contraire une très bonne opération pour les petits fibromes non adhérents qui ne confondent pas leurs tissus avec ceux de l'utérus.

M. Reynier a décidément une affection toute particulière pour le salol. On se souvient que le mois dernier, il preuait sa défense comme l'antiseptique le meilleur des voies urinaires. Cette fois, il est arrivé à le mélanger avec d'autres corps comme le naphtol, l'iodoforme, l'aristol, et a obtenu un composé qui fond à la température de 42° et qui,

en se refroidissant, devient solide et prend exactement la forme des parties dans lesquelles il se trouve.

On comprend de suite l'application qui découle des propriétés que nous venons d'énoncer. Injecté à la température de 42°, le *salol iodoformé* pénètre dans les trajets fistuleux, dans les anfractuosités pathologiques, comble tous les vides et, en se refroidissant, prend exactement la forme des cavités qu'il remplit. Ce corps solide, très aseptique, est donc un topique constamment en présence des tissus à modifier et il les modifie, en effet, d'après les observations de M. Reynier. Au fur et à mesure que le trajet se retrécit, le salol iodoformé s'use et fistule et salol iodoformé disparaissent ensemble.

On aurait pu croire que la dureté même du composé refroidi eût pu agir comme corps étranger ; mais il n'en est rien.

Des adénites tuberculeuses ou non suppurées, des fistules ostéopathiques ont été guéries rapidement par ce nouveau procédé qui trouve surtout ses indications dans le traitement des grandes cavités osseuses.

Chacun connaît les pertes de substance qu'on est obligé de pratiquer pour curetter et nettoyer un foyer d'ostéomyélite chronique ; et combien longs sont les traitements à la disposition des chirurgiens, pour combler les pertes de substance ainsi faites. M. Reynier arrive à des résultats excellents dans ces cas, en comblant le trou fait dans l'os avec le salol iodoformé. Il a ainsi traité un tibia duquel il avait extrait un sequestre de 10 centimètres. Mais ce n'est pas tout, le mélange des deux corps, que nous avons déjà cités à plusieurs reprises, à la propriété d'adhérer au revêtement cutané et peut être aussi, par conséquent, utilisé comme vernis antiseptique.

Eugène ROCHARD.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 juillet 1893. — Présidence de M. CHAUVEAU

SOMMAIRE : MM. Wurtz : Pouvoir bactéricide de certaines sécrétions. — Féré : Tératologie expérimentale. — Communications diverses.

MM. WURTZ et BARBIER ont réalisé des expériences qui leur ont permis de mettre en évidence le pouvoir bactéricide de quelques mucosités. Ils ont établi que le mucus nasal est bactéricide pour la bactéridie charbonneuse et expliqué ainsi pourquoi les fosses nasales, qui ne sont protégées que par les cils vibratiles de leur épithélium, sont assez souvent le point de départ d'infection, lorsqu'elles se trouvent en contact avec un grand nombre de microbes.

— M. FÉRÉ fait une communication sur un certain nombre de faits tératologiques intéressants. Il a d'abord étudié l'action de la lumière sur le développement de l'embryon de l'œuf de poule et a constaté que la couleur de la lumière n'avait pas d'influence mais qu'il n'en était pas de même de sa direction. Si l'on expose à la lumière la pointe de l'œuf où se trouve la tête de l'embryon, le développement se fait normalement ; au contraire, si la partie correspondant à la queue est seule éclairée, des monstruosités se produisent. Des monstruosités apparaissent aussi si l'on fait développer des œufs sous une cloche renfermant de l'éther.

M. DARESTE fait remarquer que, quelle que soit la cause de perturbation dans le développement, la monstruosité apparaît.

C'est aussi, dit M. FÉRÉ, ce qui se passe en pathologie humaine ; les mêmes faits de dégénérescence, les stigmates s'observent chez les descendants de saturnins, d'alcooliques, de cérébraux, etc.

— Il résulte des travaux de MM. HANOT et GASTON que les canaux biliaires sont modifiés dans le foie infectieux ; ce n'est pas la cellule hépatique qui est seule malade.

— M. Retterer communique l'observation histologique d'une tumeur périnéale rencontrée et extirpée sur le raphé médian. M. Retterer estime qu'il s'agit d'une tumeur congénitale formée par une portion de la gouttière périnéale qui se serait soudée d'une façon anormale.

— M. Féré a étudié une fois de plus la toxicité des urines chez les épileptiques. Au moment de la crise les urines sont plus toxiques et les observations de M. Voisin, qui l'on conduit à une conclusion inverse, ne sont pas probantes et leur manière d'opérer était défectueuse.

M. Charvin fait observer que lorsque l'on recherche la toxicité d'une urine, il faut faire l'injection assez vite afin d'éviter l'élimination des poisons.

COURRIER

Académie de médecine. — L'Académie de médecine, mardi dernier, a entendu, la lecture du rapport de M. Kelsch sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie interne.

L'ordre de classement adopté est suivant : En première ligne, M. Straus; en seconde ligne, *ex æquo*, MM. Fernet, Joffroy, Landouzy, Rendu et Troisier.

École de médecine d'Alger. — M. Caussanel est chargé, pour une nouvelle période de dix ans, à partir du 3 décembre 1893, du cours complémentaire de clinique des maladies des enfants.

École de médecine de Clermont. — M. Bousquet, prof. de clin. obst. est nommé, sur sa demande, prof. de clinique externe.

Ordre de la légion d'honneur. Ont été nommés :

Au grade d'officier : M. de Fornel, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — Les médecins de 1re classe : MM. Gueit, Hervé, Pallardy, Poulain, Regnaud, Hervé. M. Drevon, médecin principal des colonies; Calmette, médecin de 1re classe des colonies. MM. les docteurs Lepetit, Bonin, médecin de la Compagnie des chemins de fer de l'Ouest.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Jules Roger (du Havre), est nommé chevalier de l'ordre pontifical de Saint-Grégoire-le-Grand.

La loi sur l'assistance médicale gratuite. — Le Sénat, dans sa séance de mardi, a procédé à la deuxième délibération sur le projet de loi relatif à l'assistance médicale gratuite en France.

Sauf quelques modifications de détail la loi a été votée telle qu'elle l'avait été lors de la première discussion.

Pour qu'elle soit définitive, il faut quelle retourne à la Chambre, le Sénat ayant apporté des modifications au texte primitif.

A propos des évènements du quartier latin. — On se souvient de la lettre adressée au ministre de l'intérieur par la Société médicale des hôpitaux. Le conseil de surveillance de l'Assistance publique s'est aussi occupé de cette question. Après enquête et discussion il a voté l'ordre du jour suivant :

« Le conseil de surveillance proteste contre l'envahissement non justifié de l'Hôtel-Dieu par la police et contre les scènes de violence qui l'ont accompagné; invite M. le Directeur de l'Assistance publique à transmettre à M. le Ministre de l'intérieur les rapports de son administration concernant cette affaire pour la suite à donner. »

CINQUANTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS. — Propositions de la Commission d'organisation relatives au cinquantenaire de la Société de chirurgie de Paris :

1° La réunion aurait lieu à Paris le dernier mercredi d'octobre, et, si possible, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine;

2° La présidence d'honneur serait donnée à M. le Dr Marjolin, membre fondateur; la présidence effective à M. le professeur Verneuil, le plus ancien président survivant, à défaut du baron Larrey, qui n'a pu accepter;

3° L'ordre du jour de la séance serait le suivant :

a) Allocution du Président.

b) Notice historique sur la Société de chirurgie, par le secrétaire général.

c) Allocutions d'un membre correspondant national et d'un membre correspondant étranger.

4° Le soir, un banquet réunirait les membres de la Société qui voudraient bien y prendre part;

5° Une médaille commémorative serait frappée et mise à la disposition de tous les membres de la Société.

CONGRÈS DE MÉDECINE MENTALE. (Session de la Rochelle, août 1893.) — *Mardi 1er août* : Ouverture du Congrès à neuf heures du matin, salle haute de la Bourse. Des auto-intoxications dans les maladies mentales. A six heures, visite des tours de La Rochelle. Réception des membres du Congrès par la municipalité à l'Hôtel de Ville de La Rochelle.

Mercredi 2 août. — Séance de huit heures à onze heures. Les faux témoignages des aliénés, banquet à sept heures du soir.

Jeudi 3 août. — A huit heures du matin, séance à l'asile de Lafond. Communications particulières. A dix heures, visite de l'asile de Lafond. A onze heures et demie, déjeûner offert aux membres du Congrès par l'administration de l'asile. Dans l'après-midi, visite à l'église fortifiée d'Esnandes et aux « bouchots. »

Vendredi matin. — Départ à sept heures un quart pour l'Ile-de-Ré. Visite du dépôt des forçats de Saint-Martin-de-Ré. Déjeûner à l'Ile-de-Ré. Visite au phare des Baleines. Retour à La Rochelle à sept heures du soir.

Samedi matin, de huit heures à onze heures : Communications particulières.

Samedi soir, de deux heures et demie à six heures : Communications particulières; — Clôture du Congrès.

Dimanche matin : Départ à cinq heures du matin; visite de l'asile de La Roche-sur-Yon; déjeuner offert aux membres du Congrès par l'administration de l'asile; visite des Sables-d'Olonne.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES. — MM. les médecins de 1re classe Boutin et Philip, ont été embarqués, le premier sur l'*Éclaireur*, le second sur la *Tempête*.

M. le médecin de 2e classe Collin est désigné pour servir à la prévôté de l'île de Sein, en remplacement de M. Borius, promu médecin de 1re classe et rattaché au port de Cherbourg.

M. le médecin de 2e classe de Lespinois embarque sur la *Mitraille*, en corvée.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

BULLETIN

CRÉATION D'UN CERTIFICAT D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Certains journaux politiques annoncent, à leur première page, qu'il a été distribué, il y a quelques jours, à la commission permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique, un projet de réforme concernant la création d'un certificat d'études scientifiques.

Nous n'avons pas entre les mains le texte de ce projet, et pour en parler nous ne pouvons nous baser que sur ce que nous avons lu ou sur ce que nous avons entendu.

Mais M. Liard, le directeur de l'enseignement supérieur du ministère de l'instruction publique, ne voudrait-il pas réaliser une idée qu'il caresse depuis de longues années et qui est la suivante ?

On sait qu'outre le baccalauréat ès lettres, on demande à tout étudiant qui veut commencer ses études médicales, le baccalauréat ès sciences complet et à défaut de celui-ci le baccalauréat ès sciences restreint. Ce dermier est même plus en faveur parmi les aspirants docteurs, à cause des études qu'il comporte et aussi de sa plus grande facilité.

D'autre part, la première année des études médicales est consacrée aux mêmes matières, à la physique, à la chimie, à l'histoire naturelle dans leurs applications spéciales à la médecine. Supprimer le baccalauréat restreint en créant un certificat d'études scientifiques, voilà le projet, que le ministre de l'instruction publique est en train d'élaborer.

Voici d'abord la genèse de ce projet :

Depuis longtemps tout le monde se plaint, dit-on, dans les Facultés de médecine que, sur les quatre années d'étude, la première soit consacrée non aux études médicales proprement dites, mais à la physique, à la chimie et à l'histoire naturelle avec travaux pratiques. Cette première année de préparation était cependant rendue nécessaire par la médiocrité des connaissances scientifiques des aspirants médecins.

En 1890, on chercha à tirer parti de la réforme du baccalauréat. Le baccalauréat ès sciences restreint devant être supprimé, désormais les étudiants en médecine auraient dû justifier de la première partie du baccalauréat ès lettres, subie après la classe de rhétorique, et d'une seconde partie comprenant, outre la philosophie, les sciences physiques et naturelles avec des épreuves pratiques. Mais on reconnut que le programme de ce dernier examen serait trop touffu et qu'on aurait beaucoup de mal à organiser les cours y préparaient. On a donc abandonné finalement l'idée de constituer la seconde partie du baccalauréat ès lettres spéciales pour les futurs étudiants en médecine et l'on a élaboré un nouveau projet dont nous allons maintenant indiquer l'organisation générale.

Il serait institué dans les Facultés des sciences un enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles avec travaux pratiques.

A la suite de cet enseignement et après examen, serait délivré un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

D'autre part, les aspirants au doctorat en médecine devraient produire, pour prendre leur première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres, philosophie), et, de plus, le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles dont nous venons de parler.

Les études en vue du doctorat en médecine dureraient quatre années, et ces quatre années seraient intégralement consacrées aux matières médicales.

En résumé, dans l'ancien système, il fallait pour faire sa médecine posséder le diplôme de bachelier ès lettres, le diplôme de bachelier ès sciences restreint et sur les quatre années d'études, trois seulement appartenaient à la médecine proprement dite ; dans le nouveau, il faudra le diplôme de bachelier ès lettres philosophie, le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles et les quatre années appartiendront tout entières à la médecine.

Enfin, comme on estime que le nouvel enseignement organisé dans les Facultés des sciences, et dont le caractère sera très pratique, puisqu'il comportera de constantes manipulations, pourrait rendre de grands services à des jeunes gens se destinant à certaines carrières industrielles et agricoles, on accorderait l'inscription non seulement aux bacheliers, mais aussi aux jeunes gens pourvus du certificat d'études primaires supérieures. Toutefois, ces derniers, qui devraient être âgés de dix-sept ans révolus, ne seraient admis à s'inscrire qu'après un examen où la Faculté aurait constaté leurs aptitudes. Cette catégorie d'étudiants ne pourrait, en aucun cas, prendre ensuite des inscriptions dans les Facultés de médecine.

En mai 1892, le ministère de l'instruction publique a prescrit une enquête sur ce projet de réorganisation auprès des Facultés de médecine et des sciences. Les Facultés de médecine, à l'unanimité moins une, et les Facultés des sciences, à l'unanimité ont émis un avis favorable.

Ce projet a été adopté par la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique dans ses séances des 28 et 29 juin derniers.

Ajoutons que cette réorganisation des études constitue un des nombreux projets (le projet sur les officiers de santé en particulier) qui seront discutés dans la session actuelle du Conseil supérieur.

L'insuffisance des connaissances du bachelier ès sciences restreint, est-elle la seule cause de ce remaniement dans la préparation aux études médicales? Il serait peut-être permis d'en douter.

Du reste nous pouvons ici faire connaître une raison que beaucoup savent déjà, puisqu'il y a plus de six ans que nous l'avons entendu donner pour la première fois. Dans les Facultés, celles de droit et de médecine regorgent d'étudiants. Il n'en est pas de même dans les Facultés des lettres et des sciences, qui ont de moins en moins de débouchés. Les élèves diminuent et cependant les cours et les professeurs restent aussi nombreux, les locaux aussi coûteux : d'où un déficit probable, puisque les frais restent les mêmes et que les apports sont en décroissance. On s'est

alors, suivant toute vraisemblance, demandé s'il n'y aurait pas un moyen de sauver les pauvres déshéritées, d'augmenter le nombre des élèves qui pourraient y suivre les cours et on a songé à draîner du côté des sciences une partie des ressources qui vont toujours en augmentant dans les Facultés et Ecoles de médecine. Quoi de plus simple que d'enlever du corps médical un enseignement qui pourrait être donné par les professeurs des Facultés des sciences ! et voilà les causes qui, suivant bien des personnes autorisées, auraient déterminé cette nouvelle organisation que nous avons exposée au début de cet article.

Nous avons tenu à en donner connaissance à nos lecteurs en attendant d'en avoir le texte pour discuter quelles en seront les conséquences. Il est certain que toute la partie enseignante de la première année de doctorat ne va pas être très satisfaite. Quant à nous, médecins, nous ne pouvons pas nous plaindre de voir les étudiants faire quatre années de véritables études médicales et à ce seul prix, les Facultés consultées ont dû consentir à ce changement. Mais il ne faudrait pas, comme l'on dit certains journaux politiques, que muni de ce nouveau certificat scientifique et avec le seul certificat d'études, sans, par conséquent, être bachelier ès lettres, on pût commencer ses études médicales.

Au moment de mettre sous presse nous apprenons que le nouveau projet a été adopté par le conseil supérieur de l'instruction publique.

Nous n'avons pas encore parlé du rapport que les agrégés des Facultés de médecine de province viennent d'adresser à M. le directeur de l'enseignement supérieur. Tous les journaux de médecine, ou à peu près, ont reproduit les conclusions que nous transcrirons tout à l'heure, et qui tendent à transformer l'agrégation temporaire en agrégation permanente.

On se souvient de cette idée émise autrefois par le professeur Gaulard (de Lille), reprise dernièrement par le professeur Lépine dans le *Lyon médical*, et adoptée aujourd'hui, comme nous venons de le dire, par les agrégés de province qui voudraient faire de cette fonction une carrière.

A Paris, cette question semble moins émouvoir tous les intéressés, et cela se comprend, du moins pour les médecins et les chirurgiens.

Dans la capitale, en effet, il n'y a pas d'agrégés qui ne soient des hôpitaux, et c'est là la véritable carrière donnant à celui qui y arrive les moyens de se livrer à la science et même à l'enseignement.

Quoi qu'il en soit, il est certain qu'il y a beaucoup à faire pour l'enseignement médical. C'est à peu près l'avis de tout le monde, et pourtant on ne voit pas beaucoup poindre les réformes qui pourraient mener même à une amélioration.

L'an dernier, on parlait d'une nouvelle modification à apporter au concours et,dans deux ans, il est plus que probable que les épreuves seront les mêmes. Il est malheureusement probable aussi que le rapport des agrégés de province sera lu, commenté; mais quant à croire qu'il amènera un changement dans la manière de faire actuelle, nous ne le pensons pas. Il comporte en effet, en lui-même, des modifications profondes : la création de professeurs adjoints, la perturbation dans le renouvellement des agrégés et probablement une augmentation dans les dépenses, comme on pourra

s'en convaincre en lisant les conclusions suivantes du rapport auquel nous faisons allusion :

« Considérant : 1° Que les agrégés à l'expiration des neuf années d'exercice se trouvent dans la nécessité de se créer de nouveaux moyens d'existence, surtout s'ils appartiennent aux sciences de laboratoire ;

2° Qu'un nombre restreint d'entre eux arrive au professorat, et suivant le hasard des vacances ;

3° Que cette situation faite aux agrégés de médecine est une anomalie dans nos institutions universitaires, qui ne se trouve pas dans les Facultés de droit, par exemple ;

4° Que l'enseignement peut se trouver privé de membres exercés, et qui ont donné les preuves de leur savoir et de leurs aptitudes spéciales et professionnelles ;

Ont l'honneur de vous soumettre le vœu suivant : l'agrégation des Facultés de médecine pourrait devenir une carrière, soit par la prorogation habituelle, subordonnée à l'avis favorable du conseil de la faculté intéressée, avis confirmé par les professeurs de la section correspondante de toutes les facultés, et approuvé par le conseil supérieur de l'Instruction publique, et, demandent, en outre, l'application de l'art. 40 du décret du 28 décembre 1885 relatif à la nomination des professeurs adjoints.

Le renouvellement de l'agrégation serait assuré par la titularisation des agrégés devenant professeurs à la suite des vacances des chaires magistrales, par la nomination au titre de professeur adjoint, et enfin par les décès et démissions possibles. »

REVUE DES TRAVAUX ETRANGERS

MÉDECINE

Diagnostic bactériologique du choléra.

Depuis la découverte du bacille-virgule, on recherche avec soin ce micro-organisme dans de très nombreux cas de choléra au moment des épidémies ; la présence du microbe dans les selles serait la nette affirmation qu'il s'agit bien de choléra.

Il est inutile de faire ressortir l'importance de ce diagnostic bactériologique, surtout au commencement d'une épidémie. M. Koch a résumé récemment les principes de l'examen bactériologique (*Zeitschrift für Hygiène*, vol. XIV, n° 2).

Pour lui le microbe existe dans tous les cas de choléra ; cela vient à l'encontre de nombreux faits publiés, dans lesquels on n'a pas trouvé le bacille virgule.

Nous verrons plus loin, d'ailleurs, que plusieurs auteurs allemands contestent encore aujourd'hui la valeur pathognomonique attribuée au bacille de Koch. Quoiqu'il en soit, voici les procédés auxquels on doit avoir recours pour le diagnostic bactériologique du choléra.

1° *Examen microscopique des déjections.* — Choisir surtout des flocons de mucus et les colorer avec la solution de fuchsine de Ziehl étendue ; on trouve alors une grande quantité de micro-organismes, parmi lesquels le bacille-virgule ; si celui-ci est abondant, il constitue des amas caractéristiques dans lesquels tous les microbes sont orientés dans le même sens ; d'autres fois, ils sont disséminés sans ordre. Lorsqu'ils sont peu nombreux et mélangés à un grand nombre d'autres bactéries, l'examen microscopique ne donne que des résultats douteux ; dans le premier cas, au contraire, on pourrait affirmer qu'il s'agit bien de choléra.

2° *Cultures.*— Néanmoins, il ne faut point négliger de confirmer le diagnostic, par d'autres procédés d'examen : les cultures sur plaques de gélatine, maintenues à 22°, les cultures dans une solution de peptone, les cultures sur agar. La solution acqueuse stérilisée de peptone à 1 p. 100, additionnée de 1 p. 100 de sel marin et fortement alcalinisée, est un excellent milieu de culture. On y ensemence les déjections à examiner, on place les tubes ensemencés à l'étuve à 37°, et, au bout de six heures, on peut déjà trouver, flottant à la surface de la solution de peptone, une culture pure de bacilles-virgule. Si les microbes sont peu nombreux dans les selles, il faudra plus de temps, dix ou douze heures. Les cultures sur plaques de gélatine devront être faites en même temps que celles dans la solution de peptone; on sait qu'elles donnent en quinze ou vingt heures des colonies caractéristiques.

Les cultures sur agar doivent être faites surtout dans les cas douteux ; l'agar stérilisé et versé dans des capsules est placé à l'étuve pour qu'il se dessèche. On ensemence ensuite sa surface avec les colonies qui se sont développées dans la solution de peptone.

En 8 ou 10 heures, on obtient ainsi, à l'étuve à 37°, de fortes colonies jaune clair, transparentes.

3° *Réaction du rouge du choléra.* — Le bacille virgule produit dans la solution de peptone de l'indol et fabrique de l'acide nitreux aux dépens des nitrates ; en ajoutant de l'acide chlorhydrique ou de l'acide sulfurique concentré on obtient une coloration rouge caractéristique.

4° *Inoculations aux animaux.* — L'injection intra-péritonéale de 1 milligramme et demi de culture tue un cobaye avec tous les symptômes connus. Aucun des autres bacilles en virgule que l'on peut trouver dans les cas cholériformes n'est capable de produire un tel résultat.

Tels sont les divers procédés qui permettent, d'après Koch, de diagnostiquer rapidement le choléra.

La recherche du bacille virgule dans l'eau est assez difficile. A 100 grammes de l'eau à examiner on ajoute 1 gramme de peptone et 1 gramme de sel marin ; on place ce mélange à l'étuve à 37° et au bout de 10 à 20 heures on ensemence des plaques d'agar. Il se développe plusieurs espèces de bacilles incurvés ressemblant beaucoup à celui du choléra, sans compter de nombreux micro-organismes vulgaires ; aussi les colonies développées sur agar sont-elles examinées avec soin ; lorsquelles sont constituées par des bacilles incurvés, elles sont réensemencées sur peptone et sur agar et expérimentées comme il a été dit précédemment.

Malgré la clarté et la précision du travail de M. Koch, tous les auteurs n'admettent pas encore que l'examen bactériologique puisse apporter un grand secours pour le diagnostic du choléra.

A la *Société de médecine de Berlin*, M. Liebreich a contesté la valeur pathognomonique de la réaction du rouge du choléra ; cette réaction est, d'après lui, tout à fait inconstante, comme la composition de la peptone elle-même. L'injection intra-péritonéale aux animaux n'est pas plus probante ; rien ne prouve d'ailleurs que le bacille virgule soit réellement la cause du choléra. M. Lissauer a répondu à M. Liebreich que le bacille du choléra est bien celui que Koch a décrit et il a rappelé les services que l'examen bactériologique a rendus lors de la dernière épidémie.

Le choléra et l'empoisonnement par l'acide nitreux

Tandis que certains auteurs, comme nous venons de le voir, contestent encore la spécificité du bacille virgule, d'autres approfondissent la pathogénie de l'intoxication cholérique, en se basant justement sur le fait de la production d'acide nitreux par le

microbe de Koch. MM. Emmerich et Tsuboi, en effet, pensent que c'est aux nitrites produits dans l'intestin des cholériques que sont dus les symptômes ordinaires de la maladie.

L'empoisonnement par les nitrites produit chez l'homme des vertiges, des vomissements, une diarrhée abondante, de la cyanose, la petitesse du pouls, de l'anurie, de l'hypothermie. L'action des nitrites sur l'organisme humain a été, d'ailleurs, récemment étudiée par M. Leech (*British Medical Journal*, 1er et 7 juillet 1893), qui, même à des doses thérapeutiques, a vu se produire des phénomèn s analogues, mais de bien moindre intensité. Les expériences que MM. Emmerich et Tsuboi ont entreprises chez les animaux viennent confirmer ce que l'on savait sur les effets des nitrites. Ceux-ci peuvent même produire, comme l'intoxication cholérique, la transformation de l'oxyhémoglobine en méthémoglobine. De tous les micro-organismes qui peuvent vivre dans l'intestin de l'homme et s'y multiplier rapidement, aucun ne possède, si ce n'est à un degré minime, la propriété de produire des nitrites aux dépens des nitrates; le bacille virgule possède seul à un haut degré cette propriété.

Les nitrates que contient l'intestin sont assez abondants pour donner des nitrites à dose toxique; les eaux de fontaine en contiennent souvent, quelques-unes contiennent même des nitrites, ce qui ne peut que favoriser l'intoxication cholérique; certains aliments : les salades, les betteraves, les navets, etc., contiennent beaucoup de nitrates; or, les bacilles virgule contenus dans 10 centimètres cubes de bouillon seraient capables, en 4 heures, de transformer au moins 1 centigramme de nitrate en nitrite. Si l'on songe que les bacilles contenus dans l'intestin d'un cholérique sont bien plus nombreux, on comprendra qu'ils sont capables de produire en peu d'heures une intoxication suraiguë étant donné que 20 centigrammes de nitrite suffisent à provoquer chez l'homme des symptômes très graves.

MM. Emmerich et Tsuboi insistent donc dans leurs conclusions, sur l'analogie remarquable des signes du choléra et des signes de l'intoxication par les nitrites.

Il est facile de tirer de ces recherches des déductions thérapeutiques et prophylactiques.

Il faudra éviter l'usage des eaux et des aliments riches en nitrates; user surtout d'une nourriture animale; les cholériques seront soumis à une diète absolue pour ne pas introduire dans le tube digestif l'air et l'oxygène nécessaires à la pullulation des bacilles; ils ne feront usage que d'eau saturée d'acide carbonique.

(*Münch. med. Wochenschrift*, nos 25 et 26.)

Atropine dans le choléra

Pendant la dernière épidémie de choléra à Hambourg, M. Lander-Brunton a eu l'occasion de traiter un petit malade par des injections sous-cutanées d'atropine Après deux injections, l'enfant guérit. L'atropine n'agit point cependant sur les secrétions de l'intestin, mais elle a une influence favorable dans les formes qui s'accompagnent de troubles de la circulation. M. Pye-Smith pense, lui aussi, que l'action de l'atropine est favorable chez les cholériques; elle agit sur les troubles vasculaires, et à ce titre elle est utilisable, en outre, dans d'autres circonstances : par exemple, dans la diarrhée infantile arrivée à la période du collapsus.

(*Royal médical and chirurgical Society*).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 juillet 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Extirpation du larynx sans tranchéotomie préalable.

M. Périer présente un malade auquel il a pratiqué l'extirpation totale du larynx sans lui avoir fait de trachéotomie préalable.

C'est un homme de soixante-deux ans qui était atteint d'un épithélioma du larynx, ayant débuté au mois de janvier 1891. Bien que la cavité du larynx fût notablement rétrécie, l'anesthésie chloroformique fut possible. La trachée fut d'abord sectionnée en travers et attirée en haut et en avant au moyen de deux anses de fil placées d'avance sur ses côtés; on y introduisit une canule conique munie d'un gros tube au moyen duquel fut continuée l'anesthésie. Le larynx fut alors détaché des parties molles avoisinantes et enlevé en totalité, sauf la partie supérieure de l'épiglotte qui n'était pas malade.

Cela fait, on retira la canule et on sutura la trachée aux lèvres de la plaie cutanée. Une ouverture fut ménagée au-dessus pour permettre le rétablissement ultérieur de la voix au moyen d'un larynx artificiel.

Actuellement ce malade va aussi bien que possible et commence à parler, grâce à un appareil spécial.

L'examen histologique de la tumeur a confirmé le diagnostic porté, avant l'intervention, sur la nature du néoplasme.

Adermogénèse.

M. Guéniot présente un enfant dont les deux membres supérieurs manquent de téguments sur de grands espaces; il y a une limite d'une netteté parfaite entre les surfaces dépouillées et celles revêtues de peau, et on trouve en ce point un petit liséré rouge d'apparence cicatricielle. Des soulèvements épidermiques se voient sur plusieurs doigts de la main.

Remarques démographiques sur l'habitat urbain.

M. Lagneau : De 1801 à 1891, en quatre-vingt-dix ans, alors que la population de la France de 26,930,736 s'élevait à 38,345,142 habitants, soit de moitié, celle de Paris s'élevait de 547,749 à 2,447,957, soit de quatre fois et demie.

Tandis qu'une population normale, par suite de la dîme mortuaire prélevée à chaque âge, diminue de plus en plus de la naissance à l'extrême vieillesse, contrairement à Paris, malgré une haute mortalité, il y a beaucoup plus d'adultes que d'enfants. Pour 39,3 natifs on y compte 60,7 immigrés. Le nombre des adultes non mariés (célibataires, veufs et divorcés) égale presque celui des mariés, 938,046 pour 970,715.

— Alors qu'en France il y a 23 naissances pour 1,000 habitants, il y en a 25 à Paris. Mais contrairement, si l'on rapporte les naissances aux adultes de 15 à 60 ans, très nombreux à Paris, on voit qu'alors qu'en France il y a 39 naissances pour 1,000 adultes en âge de procréation, ou 1 naissance sur 25 adultes; à Paris il n'y en a que 34 sur 1,000, ou 1 sur 29.

Alors qu'en France il y a 2,84 enfants légitimes par mariage, à Paris il n'y en a que 1,93. Alors qu'en France sur 100 familles, il y en a 20 n'ayant pas eu, ou n'ayant plus d'enfants vivants, à Paris il y en a 32,3. Enfin, alors qu'en France sur 100 naissances il y en a 8,5 d'illégitimes, à Paris il y en a 27,58. Ainsi donc à Paris la natalité légitime et

la fécondité sont beaucoup moindres et la natalité illégitime est beaucoup plus élevée.

— Alors qu'en France il y a 20,71 décès annuels pour 1,000 habitants, à Paris il y en a 24,85, un sixième en plus. Mais on reconnait que cette mortalité déjà élevée de nos Parisiens est beaucoup plus considérable, si l'on cherche à l'évaluer par âges successifs.

A Paris, sur environ 60,000 nouveau-nés annuels, 20,000 environ sont envoyés en nourrice dans les départements. Or 100 de ces enfants, durant leur première année, perdent 37,71 décédés, ou plus exactement 39,99 si l'on tient compte des décès ayant eu lieu avant leur arrivée chez les nourrices. Quant aux deux tiers des nouveaux-nés restés à Paris, chez leurs parents, ils perdent environ 22 décédés sur 100.

Durant cette première année l'ensemble de ces enfants, soit envoyés en nourrice, soit restés chez leurs parents, perd environ 29,32 sur 100. En ajoutant à cette mortalité de la première année, celle des quatre années suivantes, on voit que les petits Parisiens avant 5 ans auraient 47,95 décédés sur 100. Or cette proportion, quoique énorme, trouve approximativement sa confirmation dans la proportion de 47,06 sur 100, exprimant la mortalité résultant du rapprochement des naissances et des enfants de 5 ans recensés 5 ans plus tard.

En continuant ainsi à calculer la mortalité d'âge en âge, on trouve que la vie probable des Parisiens serait de moins de 15 ans, âge auquel le nombre des enfants nés vivants serait réduit de moitié. Par suite de l'énorme mortalité infantile, alors qu'en France la vie moyenne des habitants serait de 40 ans 2 mois, la vie moyenne des décédés parisiens ne serait que de 28 ans 19 jours. Cette brièveté de la vie ne peut guère surprendre, puisque les recherches de Chenu et d'Ély ont montré que les garçons illégitimes avant 20 ans accomplis, avant l'appel à l'armée, ont perdu 74,3 décédés sur 100; et l'on sait qu'à Paris 27,58 sur 100 des enfants sont illégitimes.

Sachant qu'à Paris, d'une part il y a 1 naissance annuelle pour 29,07 adultes ou 1 naissance pour 29,07 années d'un adulte, et d'autre part que le Parisien vit en moyenne 28 années 19 jours, on peut en déduire que les 2,424,700 Parisiens actuels, s'ils étaient livrés à eux-mêmes, sans se recruter d'émigrés provinciaux ou étrangers, auraient approximativement 1,698,670, descendants à la première génération; 1,190,100 à la deuxième génération; 833,720 à la troisième génération; 581,080 à la quatrième génération; 409,190 à la cinquième génération, etc., etc.

Cette décroissance rapide explique comment dans notre population parisienne, se recrutant de deux tiers d'émigrés à chaque génération, Dubois d'Amiens, Boudin, Gratiolet, de Quatrefages, Caffe et Champouillon n'ont pu trouver de descendants de pur sang parisien au delà troisième ou quatrième, exceptionnellement de la cinquième génération. Cette situation démographique est donc fâcheuse, mais pas plus que celle d'autres villes françaises ou étrangères.

— L'apparente contradiction paraissant exister entre l'énorme accroissement de la population parisienne, sa faible natalité et sa rapide destruction s'explique par ses mouvements migratoires. Tandis qu'elle envoie un tiers au moins de ses nouveau-nés chez des nourrices des départements, où ils meurent en grand nombre, elle se recrute de très nombreux émigrés, ordinairement en âge de faible mortalité, qui cependant, ainsi que les natifs parisiens, présentent une mortalité élevée. L'athrepsie enlève beaucoup de jeunes enfants, surtout en été, parmi ceux élevés au biberon; 3,372 en 1891.

La diphtérie, suivant les années, fait périr de 1,500 à 2,700 personnes; la rougeole, de 1,000 à 2,000; la fièvre typhoïde, de 500 à 2,400. L'alcoolisme motive l'entrée d'un tiers des malades des asiles d'aliénés. La tuberculose, l'affection de beaucoup la plus meurtrière à Paris, fait annuellement environ 12,000 victimes, dont 11,000 succombent à la

phtisie. Son développement est favorisé par la misère, mais aussi par l'encombrement humain, par la densité de la population.

Jadis à Paris, Trébuchet, Andral, constataient que la phtisie atteignait plus les femmes que les hommes. Actuellement, en 1891, pour 6,661 décès masculins on n'enregistre que 4,076 décès féminins.

Sur 100,000 habitants, Vienne perd annuellement 577 décédés phtisiques, Paris 450, Londres seulement 202. Les 4,221,452 habitants de cette dernière ville, quoique près de deux fois plus nombreux que nos 2,424,705 habitants de Paris, sont répartis sur une plus grande surface territoriale; grâce à leurs places, squares, parcs, à Londres les habitants ne sont qu'au nombre de 128 par hectare, alors que ceux de Paris sont au nombre de 310. Notre population spécifique atteint ou dépasse 1,000 par hectare dans les quartiers de Saint-Gervais, de Sainte-Avoie, de Bonne-Nouvelle.

Dans les arrondissements en partie ruraux de Saint-Denis et de Sceaux, la mortalité phtisique est de 371 et 274 sur 100,000 habitants.

Comme l'ont montré Bergeret d'Arbois, M. Villard de Quéret et maints autres observateurs, les campagnards et surtout les montagnards, qui viennent dans les grandes villes, y contractent souvent la phtisie, et parfois la transmettent en retournant mourir dans leurs villages.

Pour prévenir l'athrepsie, il faut surtout mettre les mères à même d'allaiter leurs enfants. Dans des maternités-ouvroirs il faut dès le 6e ou 7e mois de gestation recevoir les domestiques, les ouvrières, les employées, qui ne vivent que du salaire quotidien, se trouvent sans ressources et sans domicile. Elles y trouveraient en travaillant proportionnellement à leur peu de validité, secours, soins, asile; elles y accoucheraient, et y allaiteraient leurs enfants durant les premières semaines ou les premiers mois, ceux de haute mortalité.

Pour combattre les maladies épidémiques, indépendamment des vaccinations pour prévenir la variole, de l'adduction d'eau pure pour prévenir la fièvre typhoïde, il faut de plus en plus généraliser les mesures d'isolement et de désinfection.

Pour limiter l'alcoolisme, il faut interdire la vente pour boissons des alcools impurs dits supérieurs, et surtout augmenter considérablement les droits de patente ou de licence des 29,563 débits de Paris, où vont s'alcooliser tant de célibataires et d'hommes mariés, oublieux de leurs devoirs de famille.

Enfin, pour limiter la tuberculose, dont la transmission et la manifestation sont favorisées, d'après MM Jaccoud, Péter, Lancereaux, Lecadre et maints autres médecins, par le manque d'air et de lumière, il faut, par des mesures d'édilité, faire pénétrer l'air et la lumière dans toutes les rues, toutes les maisons, toutes les chambres; il faut, en facilitant les moyens de transport, chemins de fer, tramways, omnibus, relier le centre de Paris avec la banlieue, avec la campagne, où de plus en plus, en plein air, pourraient habiter les personnes venant travailler en ville. Enfin, pour les habitants ne pouvant se fixer à la campagne, il faut les engager à s'exercer physiquement en plein air, soit en établissant des champs de courses, des gymnases, soit en leur montrant par des conférences d'hygiène combien peut être nuisible la vie confinée et sédentaire des écoles, des bureaux, des ateliers, et surtout des brasseries et des estaminets.

Paris restera toujours le centre attractif du monde civilisé. Il est bon, cependant, qu'on sache quelle est la situation démographique de ses habitants.

Vaccination intra-utérine et variolisation intra-utérine

M. Hervieux désigne sous ce nom l'immunité que la variole ou la vaccine de la mère, pendant la grossesse, confère au fœtus

M. le Dr Lop (de Marseille) a réuni un certain nombre de faits de vaccination intra-utérine et, en y joignant des observations publiées çà et là, on arrive à un total de 152 cas. Or, dans ces cas, la vaccination de l'enfant faite après la naissance a échoué 46 fois seulement. Il s'ensuivrait que l'immunisation du fœtus serait loin d'être la règle. Dans plusieurs observations on voit des femmes grosses avoir la variole et la vaccination réussir chez l'enfant ; quelquefois cependant ce dernier est réfractaire pendant quelque temps.

En résumé, les observations recueillies jusqu'à présent démontrent : 1° que l'immunité vaccinale congénitale résultant d'une revaccination pratiquée sur la mère pendant la grossesse n'est pas la règle, mais l'exception ; 2° que si l'immunité vaccinale transmise au fœtus par une variole de la mère n'est pas l'exception, on n'est pas en droit de dire, faute d'observations en quantité suffisante, qu'elle soit la règle.

Hepatopexie

M. Richelot rapporte l'observation d'une femme de 28 ans qui entra dans son service pour des douleurs abdominales qui l'empêchaient de vaquer à ses occupations. Dans la 'osse iliaque droite on trouvait un empâtement dur et circonscrit ne présentant ni fluctuation, ni rénitence.

M. Richelot, la malade ayant quelques antécédents suspects, pensa une à typhlite tuberculeuse.

Le 12 avril il ouvrit l'abdomen et reconnut que la tumeur était formé par le foie devenu vertical ; il adhérait au niveau du cœcum, et c'est à ce niveau seulement que l'on avait auparavant senti une tumeur. Après rupture des adhérences, l'organe fut repoussé en haut, et pour empêcher le déplacement de se reproduire, on fixa la glande par trois fils passant d'une part dans la capsule de Glisson, d'autre part dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

Les suites de l'opération furent des plus simples ; actuellement, la malade est parfaitement guérie, et le déplacement ne s'est pas reproduit.

M. Gérard Marchant est le seul chirurgien qui ait tenté, avant M. Richelot, de fixer le foie mobile en totalité. Mais sa malade a continué à souffrir après l'opération et il a fallu fixer le rein ; enfin le foie est retombé.

Il est impossible d'indiquer nettement, chez l'opérée de M. Richelot, les causes de la mobilité hépatique. La malade avait eu trois grossesses, mais elle ne présentait ni néphroptose, ni entéroptose.

Jusqu'a présent on n'a jamais reconnu le foie mobile avant l'ouverture du ventre et cette constatation a toujours été une surprise de laparotomie.

— Au cours de la séance, M. Straus a été élu membre titulaire par 54 voix.

Congrès pour l'étude de la tuberculose humaine et animale.

3e session, à Paris, du 27 juillet au 2 août 1893. — *Ordres du jour des séances* : Jeudi 27 juillet. — A 2 heures de l'après-midi. — Séance d'ouverture dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Vendredi 28 juillet. — A. — A 9 heures du matin. — Discussion de la 1re question : *Du rôle respectif de la contagion et de l'hérédité dans la propagation de la tuberculose.*

B. — A 2 heures de l'après-midi. — Discussion de la 2e question : *Des maladies infectieuses comme agents provocateurs de la tuberculose.*

C. — A 4 heures. — Questions diverses : MM. Hayem, A.-J. Martin, etc.

Samedi 29 juillet. — A. — A 9 heures du matin. — Visite aux étuves municipales de la Ville de Paris, pour la désinfection des locaux contaminés, 6, rue des Récollets.

B. — A 10 heures 1/2. — Visite du Musée de l'hôpital Saint-Louis. Tuberculoses cutanées.

C. — A 2 heures de l'après-midi. — Discussion de la 3e question : *Des trèves de la tuberculose.*

D. — A 4 heures. — Questions diverses.

Dimanche 30 juillet. — A. — A 9 heures. — Visite à l'hôpital Trousseau. — Présentation des anciens et nouveaux malades du service de M. LANNELONGUE, traités par les injections de chlorure de zinc.

Lundi 31 juillet. — A. — A 9 heures du matin. — Visite au marché aux bestiaux et aux Abattoirs de la Villette. Examen d'animaux suspects.

B. — A 2 heures de l'après-midi. — Visite aux laboratoires de la Faculté. — Présentation de nouvelles tuberculines d'un pouvoir toxique considérable.

C. — A 3 heures. — Discussion de la 4e question : *Des divers moyens de diagnostiquer la tuberculose bovine.* — Questions diverses.

D. — A 7 heures 1/2. — Banquet du Congrès.

Mardi 1er août. — A. — A 9 heures du matin. — Visite au Crématoire de la Ville de Paris.

B. — A 2 heures. — Discussion de la 5e question : *Des dangers qui peuvent provenir de l'inhumation des tuberculeux.*

C. — A 4 heures. — Discussion de la 6e question : *Utilité de la généralisation du service d'inspection des viandes.*

Mercredi 2 août. — A. — A 9 heures du matin. — Questions diverses.

B. — A 2 heures. — Discussion de la 7e question : *Des nouveaux modes de traitement de la tuberculose.*

C. — A 4 heures. — Séance de clôture.

COURRIER

— Où en est l'organisation du nouveau service des voies urinaires, demandé par la Société des chirurgiens des hôpitaux ? On nous dit que l'administration, obéissant à des inflnences budgétaires (ou autres), aurait l'intention de ne point créer ce service. C'est un point que nous allons éclaircir.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — M. Bousquet, professeur de clinique obstétricale et gynécologique, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique externe.

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les professeurs Baraban (de Lille), Boudet (de Limoges), Feillé (d'Angers), Fouriaux (de Clermont), Gidon (de Caen), Girod (de Clermont), Jeannel (de Toulouse), Panis (de Reims), Weiss (de Nancy), Wertheimer (de Lille), M. le docteur Besnier, médecin au collège Rollin.

Officiers d'Académie. — MM. les professeurs Bahuaud (d'Angers), Brunon (de Rouen), Caussanel (d'Alger), Debionne (d'Amiens), Deshayes (d'Alger), Domergue (de Marseille), Doumer (de Lille), Lelieuvre (de Rouen), Mauduit (de Poitiers), Mosnier (de Clermont).

MM. les agrégés Combemale et Curtis (de Lille), Hedon (de Montpellier), Nabias (de Bordeaux), Parisot et Rémy (de Nancy), Rodet (de Lyon), Sarda (de Montpellier).

M. Lagrolet, chef des travaux à la Faculté de Bordeaux.

MM. les docteurs Huillet, médecin du lycée de Nice; Mougeot, médecin du lycée de Sens; Bacheley, médecin du lycée de Saint-Omer; Bonnefour, médecin du lycée de Rodez; Fabre, médecin du collège de Revel; Vignes, médecin du lycée de Tarbes.

— Par décision ministérielle, en date du 7 juillet 1893, M. Dziewonski, médecin-major de 2e classe, a été désigné pour être attaché à la direction du service de santé au ministère de la Guerre.

PROCÈS A UN MÉDECIN. — Un médecin, appelé pour un accouchement, après d'inutiles tentatives de forceps, fit une craniotomie avec le crochet de Braun. Un confrère l'assistait. Dans l'opération, il glissa si malheureusement qu'il blessa la parturiente; celle-ci mourut peu après.

La famille poursuivit l'opérateur devant les tribunaux, l'accusant de s'être servi d'un instrument suranné qui n'est plus en usage, et d'avoir ainsi, par son imprudence et sa maladresse, causé la mort de la malade. Le médecin contestait que la blessure fût le résultat de son mode d'intervention; il disait n'avoir pas eu à sa disposition d'autre instrument pour tenter de sauver la parturiente, qui, abandonnée à elle-même, aurait certainement succombé. Deux experts confirmèrent les explications du médecin qui fut acquitté par le tribunal. (*Allgem Wien. med. Zeitung.*)

NÉCROLOGIE. — MM. les docteurs : Bersonnet (de Paris), Deblon (de Lille), Degand (de Pisseloup), Derbez (de Lyon), Duprat (de Nérac), Mollenthiel, interne à l'hôpital Necker, Pitoux (des Vireux-Valberand), Rukhmann (d'Epfig), Beaumont (de Paris), Ledru (de Clermont-Ferrand).

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES. — M. le médecin principal de la marine Géraud est désigné pour servir comme médecin-major au 1er régiment d'infanterie de marine, en remplacement de M. Delisle, qui a terminé la période réglementaire.

— MM. les médecins de 1re classe Torel, Brou-Duclaud, Tardif et Mercié sont embarqués pendant la mobilisation respectivement sur le *Vengeur*, le *Lagalissonnière*, le *Turenne* et le *Tonnant*.

— Un médecin de 1re classe est demandé dans les ports pour occuper les fonctions de résident à l'hôpital maritime de Brest.

— M. le médecin de 1re classe des colonies Rançon embarque sur la *Ville-de-Saint-Nazaire*, en qualité de commissaire du gouvernement.

— M. le médecin de 2e classe Mottin embarque sur la *Sémiramis*.

LISTE D'EMBARQUEMENT DES MÉDECINS DE 1re CLASSE. — *Cherbourg* : MM. 1. Deblenne ; 2. Fras ; 3. Brannelec ; 4. Salaün ; 5. Nollet ; 6. Duprat.

Toulon : MM. 1. Buisson ; 2. Durand ; 3. Gauran ; 4. Ourse ; 5. Bonadona ; 6. Amouretti ; 7. Cauvet ; 8. Aubert ; 9. Pons ; 10. Jabin-Dudognon ; 11. Durbec ; 12. Philip ; 13. Boutin ; 14. Théron ; 15 Reynaud ; 16. Alix ; 17. Barrême ; 18. Curet ; 19. Raffaëlli ; 20. Cognes ; 21 Poulain.

Brest : MM. 1. Dubut ; 2. F. Kergrohen ; 3. Laugier ; 4. Vergos ; 5. Négadelle ; 6. Bourdon.

Rochefort : MM. 1. Dufour ; 2. Julien-Laferrière ; 3. Mialaret ; 4. Gorron ; 5. Touchet ; 6. Lassabadie ; 7. Planté ; 8. Torel ; 9. Mercié ; 10. Brou-Duclaud ; 11. Tardiff ; 12. Machenaud.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

On se souvient sans doute de la récente communication de M. Lucas-Championnière à l'Académie des sciences. Ce chirurgien y exposait les résultats de ses recherches sur les modifications dans l'excrétion de l'urée, soit chez les malades atteints de cancer, soit à la suite des grandes interventions chirurgicales.

C'est ce même sujet qu'il aborde aujourd'hui à la tribune de la Société de chirurgie ; mais en le traitant à un point de vue plus pratique.

Et tout d'abord ses conclusions ont été tirées du dépouillement de 800 observations, chiffre respectable comme on le voit, et, d'après les calculs du chirurgien de Saint-Louis, la moyenne de 25 à 35 grammes d'urée qui seraient excrétés par jour, d'après les classiques, est exagérée. Il a trouvé de 20 à 28 grammes environ.

Une remarque qui a aussi son intérêt pour ceux qui voudraient entreprendre des recherches analogues, est la suivante : Il ne faut pas examiner les urines en ramenant le dosage au volume d'un litre, mais le faire d'après la totalité des urines recueillies en 24 heures, et cela se comprend, car on peut attribuer à un malade la quantité d'urée contenue dans un litre d'urine, quand en réalité la miction à été inférieure à un litre et, de plus, il se peut aussi qu'à un certain moment de la journée l'excrétion d'urée soit plus grande ou moins considérable qu'à un autre.

Ces remarques générales faites, l'orateur examine cette intéressante question de la *diminution de l'urée chez les cancéreux ;* il rappelle les faits mentionnés autrefois par M. Thiriar et n'est pas arrivé tout à fait aux mêmes résultats. Il y a une diminution, c'est vrai, pour certains malades, mais chez d'autres il n'y a pas de changement dans les déchets organiques; chez un cancéreux cachectisé, il a trouvé 22 grammes d'urée par 24 heures, ce qui est un taux normal.

M. Kermisson, dans un travail déjà ancien, avait fait les mêmes remarques, s'était élevé contre la loi trop absolue de Rommeloër, et il le rappelle à M. Lucas-Championnière qui, en effet, avait pris connaissance des travaux du chirurgien des Enfants-Assistés.

Mais, une remarque intéressante, c'est que l'abaissement du taux de l'urée se rencontre surtout dans le cas de cancers ovariens et, chose plus curieuse encore, ce même abaissement existe dans les affections bénignes de l'ovaire. M. Lucas-Championnière, chez des femmes atteintes d'ovarites très douloureuses, n'a pu trouver que 6, 5, 4 et même seulement 3 grammes d'urée dans les urines de 24 heures, et cependant l'alimentation n'avait pas été suspendue.

De tous ces faits on peut de plus tirer une conclusion pratique : il faut

soumettre ces malades à un traitement préopératoire, de façon à relever e taux de l'urée et on y arrive principalement par le régime lacté. Si, avec 'alimentation spéciale, le taux de l'urée se remonte, on aura des chances de sauver son opéré; si, au contraire, il n'y a pas de modification dans la sécrétion rénale, le pronostic opératoire sera sombre et M. Championnière a pu le constater dans l'intervention pour les kystes ovariques accompagnés d'ascite. Sept fois il a constaté, par une thérapeutique appropriée, le relèvement du taux de l'urée, et sept fois il a obtenu la guérison dans une intervention dont les suites sont en général mauvaises.

La seconde constatation faite par le chirurgien de Saint-Louis a trait à la *décharge de l'urée*. Voici, en effet, ce qui se passe à la suite des grandes opérations chirurgicales. Chez des malades donnant 5 grammes d'urée en 24 heures, le chiffre arrive à la dose de 25 grammes après l'acte opératoire; chez d'autres malades, le saut a été de 12 grammes à 30 grammes, de 13 grammes à 45 grammes, dans une ventrofixation, par exemple. Voilà un fait curieux et que l'orateur explique de la façon suivante :

Cette augmentation dans les déchets organiques provient de trois causes: d'abord le choc nerveux qui, produit par l'acte chirurgical, agit sur la nutrition; ensuite le sang répandu qui est nécessairement resorbé par les petits vaissaux et qui, altéré par le fait même de son extravasation, subit une transformation. Enfin, les éléments cellulaires atteints par le bistouri sont aussi frappés de mort, sont naturellement repris par le torrent circulatoire et viennent, en s'éliminant, produire une quantité notable d'urée. Comme on le voit, il y a là un travail considérable de l'organisme qui pourrait, dit M. Championnière, expliquer la fièvre traumatique. Mais il nous semble que celle-ci n'existe plus depuis l'antisepsie. Toujours est-il que de cette production exagérée de l'urée, de cette décharge par les reins, on peut encore tirer une déduction pratique, au sujet de l'alimentation des malades. Quand, en effet, après une opération, les reins ont à excréter de 30, 35 et 40 grammes d'urée, il est mauvais, en nourrissant le blessé, de venir encore augmenter le travail des glandes émonctoires. Il faut donc mettre absolument ces malades à la diète; c'est ce que fait M. Championnière, et cela pendant les huit jours que l'urée met à revenir à son taux normal.

Il n'y a donc rien de nouveau sous le soleil et, comme le dit l'orateur, c'est là l'explication qu'on peut donner de la pratique suivie par les anciens chirurgiens, auxquels l'expérience avait montré qu'il était mauvais d'alimenter les opérés et qui les soumettaient à un régime diététique.

M. Championnière va même plus loin, il aide le travail des reins en agissant sur le tube digestif. Il a commencé par purger les femmes ayant subi une laparotomie et maintenant il a adopté cette pratique pour tous ses opérés.

Pour soulager même les malheureux reins encombrés par l'urée, il comprend et explique jusqu'à un certain point la saignée pratiquée par les anciens chirurgiens.

M. Tillaux lui fait remarquer que faire de cela une règle générale c'est aller un peu loin. Il rappelle que les succès opératoires de Philippe Boyer étaient légendaires. — Et cela parce qu'il alimentait ses malades et qu'il se lavait les mains, reprend M. Championnière. Le professeur de la Pitié trouve

de plus qu'il faut distinguer les opérés abdominaux sur lesquels, par le régime et les purgatifs, on agit en quelque sorte localement sur l'organe qui a été manipulé, et les autres opérés, comme un amputé, une femme à qui on a enlevé un sein, qui peuvent supporter une certaine alimentation, et cela avec un grand bénéfice.

C'est sur l'interprétation physiologique des faits que M. Reynier prend la parole. Lui aussi a fait des analyses, lui aussi a reconnu l'augmentation postopératoire du taux de l'urée éliminée ; mais c'est le foie qui en est la cause, le foie, ce grand producteur du déchet incriminé. Cette glande à son tour est influencée par le chloroforme et pour peu qu'elle soit ou congestionnée ou altérée, comme cela se rencontre toujours chez les alcooliques, on voit après l'anesthésie les urines devenues rosacées et contenir de l'urée. Il faut donc agir sur le foie et c'est pour cela que M. Reynier purge ses malades.

M. Championnière répond que les observations qu'a prises M. Reynier sont très intéressantes, mais que pour mettre cette perturbation organique sur le compte du chloroforme, il faudrait avoir anesthésié les malades sans être intervenu chirurgicalement, expériences faites autrefois par M. Terrier (peut-être en collaboration avec M. Duplay, si nous avons bonne mémoire), qui n'a jamais signalé que la présence de l'albumine ; — et la discussion est close.

N'oublions pas de signaler la présentation, par M. Schwartz, d'un opéré de pied plat valgus équin, par une tarsectomie qui a pleinement réussi ; et la nomination de MM. Dayot (de Rennes), Reboul (de Marseille), Pauzat, médecin-major (de Rennes), et Monprofit (d'Angers), au titre de membres correspondants.

Eugène Rochard.

MÉDECINE NAVALE

La loi sur les infirmiers de la marine

Dans la séance du 8 juin, la Chambre des députés a voté en première délibération un tout petit projet de loi qui est intitulé modestement : « Loi portant réorganisation du corps des infirmiers de la marine. » Il contient seulement deux articles. En voici le texte :

Article premier. — Les médecins de la marine pourront se recruter parmi les infirmiers munis des diplômes universitaires exigés par la loi pour les études médicales, qui auront subi avec succès les examens d'entrée à l'Ecole de médecine navale.

Art. 2. — Les infirmiers pourront se présenter jusqu'à l'âge de vingt-sept ans aux écoles de la marine, après trois ans de service actif dont deux années d'embarquement.

Personne n'a demandé la parole sur aucun de ces deux articles ; aucune discussion n'est intervenue ; le vote a eu lieu sans qu'un avis, sans qu'une opinion contradictoire ait été formulée et avec un détachement que nous ne saurions imiter. Si le projet dont on vient de lire le texte, concernait vraiment les infirmiers de la marine, avait pour but d'améliorer leur situation, de faciliter leur avancement, de leur conférer, à bord, la situation et les avantages des « maîtres chargés » (1), d'admettre que les propositions

(1) Le maître le plus gradé de chaque profession a la charge du matériel affecté à son service. Il en est responsable vis-à-vis de l'Etat. Cette responsabilité lui vaut quel-

faites en leur faveur par les médecins dans les ports ne soient plus considérés comme n'ayant aucune importance, nous aurions approuvé de grand cœur et soutenu toutes les mesures bienveillantes qu'on aurait voulu prendre vis-à-vis du personnel le plus méritant et le plus dévoué qui existe. Mais il n'en est pas ainsi. Les infirmiers n'ont rien à voir dans la loi dont ils sont le prétexte. C'est le corps de santé de la marine, ce sont les médecins eux-mêmes qui y sont visés. On les a si souvent désorganisés depuis dix ans qu'il a sans doute paru excessif de le faire ouvertement une fois de plus, et ce subterfuge discret, mais naïf, ne nous semble avoir d'autre but que de dissimuler une modification grave apportée au mode de recrutement des officiers du corps de santé.

Une première tentative analogue à celle-ci, et qui remonte à moins de dix ans, ne permet guère le doute à ce sujet. Dans les ports, on se souvient encore de la fameuse création des infirmiers de visite qui échoua si piteusement. Ce fut à peine si, au début, quelques étudiants pressés par l'âge ou le besoin acceptèrent une situation dont la réalité montra tellement la pénible et insoutenable infériorité que personne après eux ne voulut renouveler l'épreuve. Ce qu'on propose aujourd'hui vaut encore beaucoup moins, si difficile à croire que cela paraisse. Les hommes qui préparent et ceux qui votent les lois qui, par quelque côté, intéressent les études ou la profession médicales semblent avoir des idées très inexactes des exigences des unes et de l'autre.

On en a une preuve bien nette dans les conditions créées aux étudiants en médecine par la loi militaire actuellement en vigueur que chacun s'emploie, en vain jusqu'à présent, à faire modifier dans un sens plus favorable. Les arguments techniques de haute valeur qu'ont développés à cet égard des écrivains d'une très grande compétence, permettent de se rendre compte des résultats que produirait l'application de la loi sur les infirmiers maritimes. Une interruption d'un an dans l'instruction médicale est considérée à juste titre comme désastreuse pour la valeur définitive des études; que dire de cette période de trois années de service, dont *deux à la mer*, imposée à des candidats au doctorat?

Quels chirurgiens la marine va-t-elle se préparer ainsi?

On voit mal les raisons qui ont pu conduire à élargir, si malencontreusement, le recrutement des médecins de la marine. De deux choses l'une : ou ce recrutement, actuellement suffisant, ne menace point de se tarir; ou l'on a des motifs de craindre qu'il ne cesse bientôt d'être assuré. Dans le premier cas, la loi est inutile, dans le second elle est vaine ou dangereuse.

Le premier terme de ce dilemme a l'évidence d'un axiome. Il serait fastidieux et vain de faire un raisonnement là ou suffit une affirmation. Le second terme demande au contraire quelques explications.

Et d'abord le recrutement du corps de santé est-il sur le point de péricliter?

On ne s'en douterait point à voir le nombre des candidats qui se présentent chaque année au concours pour l'admission à l'école de Bordeaux. Aussi longtemps qu'on ne se privera pas des excellentes pépinières de médecins de la marine que sont restées, en dépit de tout, les écoles de Brest, de Rochefort et de Toulon, il ne semble pas qu'on puisse concevoir d'inquiétudes à ce sujet. Une crainte cependant a été exprimée en raison d'un fait qui va commencer à se produire cette année. L'incorporation, dans le service de santé colonial, des jeunes docteurs sortant de Bordeaux se faisait, jusqu'à présent, par voie d'option. Les médecins de deuxième classe étaient laissés libres, au moment de

ques avantages pécuniaires et lui donne droit à la table des maîtres, faveur enviée et appréciable. L'infirmier ne jouit jamais de ce privilège. Le matériel médical du bord est toujours à la charge du médecin.

leur promotion, de choisir le corps métropolitain ou l'autre. Désormais, chaque promotion fournira un certain contingent colonial prélevé de droit sur l'ensemble des élèves sortants et dans les derniers numéros de la liste, lorsque les options auront été insuffisantes. La perspective d'être attaché de force pour la vie, à la carrière coloniale paraît en effet de nature à écarter de l'Ecole supérieure de santé de la marine, un certain nombre de jeunes gens ; mais c'est une crainte toute théorique dont il s'agit-là. Les aventures et l'inconnu attirent, à cet âge, plus qu'ils n'éloignent : la preuve en est... qu'il y a toujours des médecins de la marine. C'est seulement plus tard que l'ombre des cocotiers fait regretter celle des chênes ; même avec ce revers à la médaille de Bordeaux, le recrutement de son école n'est pas compromis.

Admettons cependant qu'il le soit un jour. Peut-on croire sérieusement que la loi sur les infirmiers la sauverait ?

Parmi les jeunes gens de 18 à 20 ans, qui viennent s'engager dans le corps des infirmiers, munis de ce qu'il leur reste de l'instruction primaire reçue quelques années auparavant, combien y en a-t-il qui pourront, avant l'âge fixé, trouver le moyen de conquérir deux baccalauréats et un examen de doctorat, tout en faisant un an de service dans les hôpitaux et deux ans de navigation? On nous accuserait, à juste titre, de vouloir mystifier nos lecteurs si nous insistions sur ce point et nous croirions nous-même faire injure aux auteurs du projet en leur prêtant un si plaisant dessein. Le seul résultat qu'il semble qu'on ait recherché, le seul, en tous cas, qu'on puisse obtenir, c'est de permettre l'entrée de l'école de médecine navale à des candidats retardés dans leurs études pour des raisons dont la recherche serait ici dépourvue d'intérêt et qui ont dépassé la limite actuellement fixée pour l'admission à Bordeaux. Ceux-là sont trop rares pour que leur appoint complète jamais un recrutement qui péricliterait.

Et d'ailleurs l'étudiant qui, à 23 ans, n'aurait pas encore obtenu son premier examen de doctorat ou qui aurait échoué aux épreuves du concours d'entrée, se présenterait-il dans de meilleures conditions de succès quatre années plus tard, au retour d'une campagne de deux ans ? Les auteurs du projet n'ont certainement aucune idée des conditions de travail où se trouverait un de ces infirmiers sur un bâtiment qui navigue. Pour nous, nous estimons que la somme de ce qu'il y pourrait oublier est de beaucoup supérieur à la somme de ce qu'il y pourrait apprendre. Nous ne craignons pas d'être contredits sérieusement à ce sujet par les médecins navigants. Que reste-t-il alors du projet ?

Mais nous avons trop beau jeu pour ne pas faire à l'idée que nous combattons toutes les concessions possibles. Nous voulons donc supposer que le recrutement du corps de santé naval soit menacé, que la mesure destinée à le relever puisse avoir quelque efficacité, elle n'en serait que plus regrettable. Les infirmiers entrant à Bordeaux à 26 ans en sortiraient docteurs et médecins stagiaires à 31 ans. Ils seraient, ces docteurs, nommés médecins de 2e classe titulaires (assimilation de lieutenant) à « 32 ans ». On fait actuellement dans ce grade neuf à dix ans à l'ancienneté, et cela ira plus loin encore. Les officiers de cette provenance passeront à la 1re classe (capitaine) entre 40 et 43 ans, et ainsi du reste. Pour arriver à remplir les hautes fonctions de médecins-major de cuirassé il leur faudra avoir atteint entre 55 et 60 ans. Voilà l'avenir qu'on ménage à un corps qui fut brillant et recherché.

Il ne faut pas que cela soit. Le rôle du médecin à bord, un des plus difficiles que nous sachions et un des plus complexes, exige que le recrutement des hommes qui l'assumeront soit relevé au lieu d'être abaissé et que leur situation s'améliore au lieu d'empirer. La marine doit avoir des praticiens bons à autre chose qu'a mettre « un rond de diachylon sur un *clou* et à donner une *purge* ». Sa propre dignité, aussi bien que son intérêt, réclament qu'elle ne s'en tienne plus aux idées de Molière sur ce sujet. La profession

médicale va s'améliorant partout en France, chaque jour elle progresse dans l'estime et la considération publiques. Dans l'armée de terre, elle a conquis sa place au soleil. Ce serait singulièrement comprendre les besoins d'un recrutement devenu laborieux, que d'enlever au corps de santé de la marine la seule compensation qu'il ait à beaucoup de déboires ; la sélection très fermée de l'entrée dans le corps et la satisfaction, toute platonique d'ailleurs, d'être, dans le milieu où ils vivent, une petite élite intellectuelle.

LOI SUR L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE PREMIER

Organisation de l'assistance médicale

Article premier. — Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou, s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier.

Les femmes en couches sont assimilées à des malades.

Les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français toutes les fois que le gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine.

Art. 2. — La commune, le département ou l'Etat peuvent toujours exercer leur recours, s'il y a lieu, soit l'un contre l'autre, soit contre toutes personnes, sociétés ou corporations tenues à l'assistance médicale envers l'indigent malade, notamment contre les membres de la famille de l'assisté désignés par les articles 205, 206, 207 et 212 du Code civil.

Art. 3. — Toute commune est rattachée pour le traitement de ses malades à un ou plusieurs des hôpitaux les plus voisins.

Dans le cas où il y a impossibilité de soigner utilement un malade à domicile, le médecin délivre un certificat d'admission à l'hôpital. Ce certificat doit être contresigné par le président du bureau d'assistance ou son délégué.

L'hôpital ne pourra réclamer à qui de droit le remboursement des frais de journée qu'autant qu'il présentera le certificat ci-dessus.

Art. 4. — Il est organisé dans chaque département, sous l'autorité du préfet et suivant les conditions déterminées par la présente loi, un service d'assistance médicale gratuite pour les malades privés de ressources.

Le conseil général délibère dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 :

1° Sur l'organisation du service de l'assistance médicale, la détermination et la création des hôpitaux auxquels est rattaché chaque commune ou syndicat de commune ;

2° Sur la part de la dépense incombant aux communes et aux département.

Art. 5. — A défaut de délibération du conseil général sur les objets prévus à l'article précédent, ou en cas de la suspension de la délibération en exécution de l'article 49 de la loi du 10 août 1871, il peut être pourvu à la règlementation du service par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

TITRE II

Domicile de secours

Art. 6. — Le domicile de secours s'acquiert :

1° Par une résidence habituelle d'un an dans une commune postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ;

2° Par la filiation. L'enfant a le domicile de secours de son père, ou si l'enfant est un enfant naturel reconnu par sa mère seulement, il a le domicile de sa mère. En cas de séparation de corps ou de divorce des époux, l'enfant légitime partage le domicile de l'époux à qui a été confié le soin de son éducation ;

3° Par le mariage. La femme, du jour de son mariage, acquiert le domicile de secours de son mari. Les veuves, les femmes divorcées ou séparées de corps, conservent le domicile de secours antérieur à la dissolution du mariage ou au jugement de séparation.

Pour les cas non prévu dans le présent article, le domicile de secours est le lieu de la naissance jusqu'à la majorité ou à l'émancipation.

Art. 7. — Le domicile de secours se perd :

1° Par une absence ininterrompue d'une année postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ;

2° Par l'acquisition d'un autre domicile de secours.

Si l'absence est occasionnée par des circonstances excluant toute liberté de choix de séjour ou par un traitement dans un établissement hospitalier situé en dehors du lieu habituel de résidence du malade, le délai d'un an ne commence à courir que du jour où ces circonstances n'existent plus.

Art. 8. — A défaut de domicile de secours communal, l'assistance médicale incombe au département dans lequel le malade privé de ressources aura acquis son domicile de secours.

Quand le malade n'a ni domicile de secours communal ni domicile de secours départemental, l'assistance médicale incombe à l'État.

Art. 9. — Les enfants assistés ont leur domicile de secours dans le département au service duquel ils appartiennent, jusqu'à ce qu'ils aient acquis un autre domicile de secours.

TITRE III

Bureau et liste d'assistance

Art. 10. — Dans chaque commune, un bureau d'assistance assure le service de l'assistance médicale.

La commission administrative du bureau d'assistance est formée par les commissions administratives réunies de l'hospice et du bureau de bienfaisance, ou par cette dernière seulement quand il n'existe pas d'hospice dans la commune.

A défaut d'hospice ou de bureau de bienfaisance, le bureau d'assistance est régi par la loi du 21 mai 1873 (articles 1 à 5), modifiée par la loi du 5 août 1879, et possède, outre les attributions qui lui sont dévolues par la présente loi, tous les droits et attributions qui appartiennent au bureau de bienfaisance.

Art. 11. — Le président du bureau d'assistance a le droit d'accepter, à titre conservatoire, des dons et legs et de former, avant l'autorisation, toute demande en délivrance.

Le décret du président de la République ou l'arrêté du préfet qui interviennent ultérieurement ont effet du jour de cette acceptation.

Le bureau d'assistance est représenté en justice et dans tous les actes de la vie civile par un de ses membres que ses collègues élisent, à cet effet, au commencement de chaque année.

L'administration des fondations, dons et legs qui ont été faits aux pauvres ou aux communes, en vue d'assurer l'assistance médicale, est dévolue au bureau d'assistance.

Les bureaux d'assistance sont soumis aux règles qui régissent l'administration et la comptabilité des hospices, en ce qu'elle n'ont rien de contraire à la présente loi.

Art. 12. — La commission administrative du bureau d'assistance, sur la convocation de son président, se réunit au moins quatre fois par an.

Elle dresse, un mois avant la première session ordinaire du conseil municipal, la liste des personnes qui, ayant dans la commune leur domicile de secours, doivent être, en cas de maladie, admises à l'assistance médicale, et elle procède à la revision de cette liste un mois avant chacune des trois autres sessions.

Le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance, le receveur municipal et un des répartiteurs désignés par le sous-préfet, peuvent assister à la séance avec voix consultative.

Art. 13. — La liste d'assistance médicale doit comprendre nominativement tous ceux qui seront admis aux secours, lors même qu'ils sont membres d'une même famille.

Art. 14. — La liste est arrêtée par le conseil municipal, qui délibère en comité secret : elle est déposée au secrétariat de la mairie.

Le maire donne avis du dépôt par affiches aux lieux accoutumés.

Art. 15. — Une copie de la liste et du procès-verbal constatant l'accomplissement des formalités prescrites par l'article précédent est en même temps transmise au sous-préfet de l'arrondissement.

Si le préfet estime que les formalités prescrites par la loi n'ont pas été observées, il défère les opérations, dans les huit jours de la réception de la liste, au conseil de préfecture, qui statue dans les huit jours et fixe, s'il y a lieu, le délai dans lequel les opérations annulées seront refaites.

Art. 16. — Pendant un délai de vingt jours à compter du dépôt, les réclamations en inscription ou en radiation peuvent être faites par tout habitant ou contribuable de la commune.

Art. 17. — Il est statué souverainement sur ces réclamations, le maire entendu ou dûment appelé, par une commission cantonale composée du sous-préfet de l'arrondissement, du conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement dans l'ordre de nomination et du juge de paix du canton.

Le sous-préfet ou, à son défaut, le juge de paix préside la commission.

Art. 18. — Le président de la commission donne, dans les huit jours, avis des décisions rendues au sous-préfet et au maire, qui opèrent sur la liste les additions ou les retranchements prononcés.

Art. 19. — En cas d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions, le bureau d'assistance peut admettre provisoirement, dans les conditions de l'article 12 de la présente loi, un malade non inscrit sur la liste.

En cas d'impossibilité de réunir à temps le bureau d'assistance, l'admission peut être prononcée par le maire, qui en rend compte, en comité secret, au conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

Art. 20. — En cas d'accident ou de maladie aiguë, l'assistance médicale des personnes qui n'ont pas le domicile de secours dans la commune où s'est produit l'accident ou la maladie incombe à la commune, dans les conditions prévues à l'article 21, s'il n'existe pas d'hôpital dans la commune.

L'admission de ces malades à l'assistance médicale est prononcée par le maire, qui avise immédiatement le préfet et en rend compte, en comité secret, au conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

Le préfet accuse réception de l'avis et prononce dans les dix jours sur l'admission aux secours de l'assistance.

Art. 21. — Les frais avancés par la commune en vertu de l'article précédent, sauf pour les dix premiers jours de traitement, sont remboursés par le département d'après un état régulier dressé conformément au tarif fixé par le conseil général.

Le département qui a fourni l'assistance peut exercer son recours contre qui de droit.

Si l'assisté à son domicile de secours dans un autre département, le recours est exercé contre le département, sauf la faculté, pour ce dernier, d'exercer à son tour son recours contre qui de droit.

Art. 22. — L'inscription sur la liste prévue à l'article 12 continue à valoir pendant un an, au regard des tiers, à partir du jour où la personne inscrite a quitté la commune, sauf la faculté pour la commune de prouver que cette personne n'est plus en situation d'avoir besoin de l'assistance médicale gratuite.

Art. 23. — Le préfet prononce l'admission aux secours de l'assistance médicale des malades privés de ressources et dépourvus d'un domicile de secours communal.

Le préfet est tenu d'adresser, au commencement de chaque mois, à la commission départementale ou au ministre de l'intérieur, suivant que l'assistance incombe au département ou à l'Etat, la liste nominative des malades ainsi admis pendant le mois précédent aux secours de l'assistance médicale.

TITRE IV

Secours hospitaliers

Art. 24. — Le prix de journée des malades placés dans les hôpitaux aux frais des communes, des départements ou de l'Etat est réglé, par arrêté du préfet, sur la proposition des commissions administratives de ces établissements et après avis du conseil général du département, sans qu'on puisse imposer un prix de journée inférieur à la moyenne du prix de revient constaté pendant les cinq dernières années.

Art. 25. — Les droits résultants d'actes de fondations, des édits d'union ou de conventions particulières sont et demeurent réservés.

Il n'est pas dérogé à l'article 1er de la loi du 7 août 1851.

Tous les lits dont l'affectation ne résulte pas des deux paragraphes précedents ou qui ne seront pas reconnus nécessaires aux services des vieillards ou incurables, des militaires, des enfants assistés et des maternités, seront affectés au service de l'assistance médicale

TITRE V

Dépenses, voies et moyens.

Art. 26. — Les dépenses du service de l'assistance médicale se divisent en dépenses ordinaires et dépenses extraordinaires.

Les dépenses ordinaires comprennent :

1° Les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service d'assistance à domicile.

2° Les médicaments et appareils ;

3° Les frais de séjour des malades dans les hôpitaux.

Ces dépenses sont obligatoires. Elles sont supportées par les communes, le département et l'Etat, suivant les règles établies par les articles 27, 28 et 29.

Les dépenses extraordinaires comprennent les frais d'agrandissement et de construction d'hôpitaux.

L'Etat contribuera à ces dépenses par des subventions dans la limite des crédits votés.

Chaque année, une somme sera, à cet effet, inscrite au budget.

Art. 27. — Les communes dont les ressources spéciales de l'assistance médicale et les ressources ordinaires inscrites à leur budget seront insuffisantes pour couvrir les frais de ce service, sont autorisées à voter des centimes additionnels aux quatre contributions directes ou des taxes d'octroi pour se procurer le complément des ressources nécessaires.

Les taxes d'octroi votées en vertu du paragraphe précédent seront soumises à l'approbation de l'autorité compétente, conformément aux dispositions de l'article 137 de la loi du 5 avril 1884.

La part que les communes seront obligées de demander aux centimes additionnels ou aux taxes d'octroi ne pourra être moindre de 20 p. 100 ni supérieure à 90 p. 100 de la dépense à couvrir, conformément au tableau A ci-annexé.

Art. 28. — Les départements, outre les frais qui leur incombent de par les articles précédents, sont tenus d'accorder aux communes qui auront été obligées de recourir à des centimes additionnels ou à des taxes d'octroi, des subventions d'autant plus fortes que leur centime sera plus faible, mais qui ne pourront dépasser 80 p. 100, ni être inférieure à 10 p. 100 du produit de ces centimes additionnels ou taxes d'octroi, conformément au tableau A précité.

En cas d'insuffisance des ressources spéciales de l'assistance médicale et des ressources ordinaires de leur budget, ils sont autorisés à voter des centimes additionnels aux quatre contributions directes dans la mesure nécessitée par la présente loi.

Art. 29. — L'Etat concourt aux dépenses départementales de l'assistance médicale par des subventions aux départements dans une proportion qui variera de 10 à 70 p. 100 du total de ces dépenses couvertes par des centimes additionnels et qui sera calculée en raison inverse de la valeur du centime départemental par kilomètre carré, conformément au tableau B ci-annexé.

L'Etat est en outre chargé :

1° Des dépenses occasionnées par le traitement des malades n'ayant aucun domicile de secours;

2° Des frais d'administration relatifs à l'exécution de la présente loi.

TITRE VI

Dispositions générales

Art. 30. — Les communes, les départements, les bureaux de bienfaisance et les établissements hospitaliers possédant, en vertu d'actes de fondation, des biens dont le revenu a été affecté par le fondateur à l'assistance médicale des indigents à domicile, sont tenus de contribuer aux dépenses du service de l'assistance médicale jusqu'à concurrence dudit revenu, sauf ce qui a été dit à l'article 25.

Art. 31. — Tous les recouvrements relatifs au service de l'assistance médicale s'effectuent comme en matière de contributions directes.

Toutes les recettes du bureau d'assistance pour lesquelles les lois et règlements n'ont pas prévu un mode spécial de recouvrement s'effectuent sur les états dressés par le président.

Ces états sont exécutoires après qu'ils ont été visés par le préfet ou le sous-préfet.

Les oppositions, lorsque la matière est de la compétence des tribunaux ordinaires, sont jugées comme affaires sommaires, et le bureau peut y défendre sans autorisation du conseil de préfecture.

Art. 32. — Les certificats, significations, jugements, contrats, quittances et autres actes faits en vertu de la présente loi et exclusivement relatifs au service de l'assistance médicale, sont dispensés du timbre et enregistrés gratis lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement, sans préjudice du bénéfice de la loi du 22 janvier 1851 sur l'assistance judiciaire.

Art. 33. — Toutes les contestations relatives à l'exécution soit de la délibération du conseil général prise en vertu de l'article 4, soit du décret rendu en vertu de l'article 5, ainsi que les réclamations des commissions administratives relatives à l'exécution de

l'arrêté préfectoral prévu à l'article 24, sont portées devant le conseil de préfecture du département du requérant, et, en cas d'appel, devant le Conseil d'Etat.

Les pourvois devant le Conseil d'Etat, dans les cas prévus au paragraphe précédent, sont dispensés de l'intervention de l'avocat.

Art. 34. — Les médecins de service de l'assistance médicale gratuite ne pourront être considérés comme inéligibles au conseil général ou au conseil d'arrondissement à raison de leur rétribution sur le budget départemental.

Art. 35. — Les communes ou syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades peuvent être autorisés par une décision spéciale du ministre de l'Intérieur, rendue après avis du Conseil supérieur de l'assistance publique, à avoir une organisation spéciale.

Art. 36. — Sont abrogées les dispositions du décret-loi du 24 vendémiaire an II, en ce qu'elles ont de contraire à la présente loi.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 15 juillet 1893.

CARNOT.

Par le Président de la République :
Le président du conseil, ministre de l'Intérieur,
Ch. DUPUY.

Le garde des Sceaux, ministre de la Justice,
E. GUÉRIN.

Le ministre des Finances,
P. PEYTRAL.

BIBLIOTHÈQUE

—

MANUEL DE MÉDECINE

publié sous la direction de MM. DEBOVE et ACHARD. — Tome Ier, Maladies de l'appareil respiratoire. Tome II, Maladies de l'appareil circulatoire. — Paris, Rueff.

MM. Debove et Achard se sont entourés pour écrire ce manuel d'un certain nombre de collaborateurs à la fois savants et cliniciens et parfaitement en mesure de traiter d'une façon complète et pratique les sujets dont ils se chargeront. La partie théorique, et on ne saurait trop en féliciter les directeurs de la publication, est, en effet, sacrifiée à la partie clinique et thérapeutique. Cette dernière surtout, si négligée dans les manuels et souvent aussi dans les plus gros traités, a reçu tous les développements qu'elle comporte ; un formulaire spécial annexé à la fin de chaque volume, sera des plus utiles au praticien.

Au début des deux volumes parus se trouvent des indications générales sur l'anatomie et la physiologie de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire, puis les procédés d'exploration à mettre en œuvre, etc. Les maladies de chaque appareil sont ensuite étudiées dans l'ordre anatomique et chaque collaborateur a traité le sujet sur lequel il était le plus compétent.

Edité avec le luxe auquel nous a habitué la maison Rueff, le *Manuel de médecine* est appelé certainement à prendre place dans la bibliothèque de tous les praticiens, qui y trouveront tout ce qui leur est nécessaire et rien que ce qui leur est nécessaire.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — 1° Un concours s'ouvrira le 22 janvier 1894 devant la Faculté de médecine de Nancy pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à la dite Faculté.

2° Un concours s'ouvrira le 7 février 1894 devant l'école de médecine de Nantes pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à la dite école.

Les registres d'inscriptions seront clos un mois avant l'ouverture des dits concours.

XIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE. ROME, 1893. — Le Comité exécutif a remis à toutes les universités d'Europe l'invitation aux étudiants en médecine à assister aux travaux du Congrès, en vertu de l'article 18 du règlement général; ils y seront admis comme auditeurs, sans payement d'aucune cotisation. Ils devront toutefois adresser à la présidence la demande d'admission.

Par le bureau du secrétaire général, ils recevront les cartes d'identité pour jouir des réductions accordées par les Compagnies de chemins de fer à MM. les congressistes.

Les chemins de fer de Russie concèdent aux congressistes le retour gratuit de la frontière russe à la gare originaire de leur départ.

Le gouvernement de Russie, adhérant à la demande du président du Comité national russe, M. le professeur Pachoutine a renvoyé les examens universitaires de médecine au mois de novembre, afin de permettre à MM. les professeurs d'assister au Congrès.

La lutte contre les épidémies est le titre de la conférence que M. le professeur Brouardel (Paris) tiendra dans une des séances plénières.

Morgagni et son influence sur les sciences médicales, celui de la conférence de M. le professeur Virchow (Berlin).

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES. — Liste d'embarquement et de départ pour les colonies, des officiers du corps de santé de la marine :

Médecins en chef : MM. 1. Roussel; 2. Geoffroy; 3. Mathis; 4. Duchateau; 5. Bertrand; 6. Dupont; 7. Laugier; 8. de Fornel; 9. Talairach;

Médecins principaux : MM. 1. Frison; 2. Miquel; 3. Maget; 4. Léo; 5. Vantalon; 6. Canoville; 7. Dollieule; 8. Ed. Roux; 9. Cantellauve; 10. Riche; 11. Bodet; 12. Abelin; 13. Siciliano;

Médecins de 2e classe : MM. 1. Vergues; 2. Branzon-Bourgogne; 3. Caire; 4. Guy; 5. Bonnescuelle de Lespinois; 6. Martin; 7. Barrat; 8. Mottin;

Médecins des troupes : MM. les médecins de 1re classe 1. Tréguier; 2. Castagné; 3. Plouzané; 4. Daliot; 5. A. Reynaud; 6. Clavel;

MM. les médecins de 2e classe 1. Guilland; 2. Salaun; 3. Lorin; 4. Berriat; 5. Doublet; 6. Gombaud; 7. Condé; 8. Duranton.

M. le médecin de 1re classe Reynaud embarque sur l'*Hermione*, en remplacement de M. Amouretti.

M. le médecin de 1re classe Bahier est destiné au *Vautour*, dans l'escadre de la Méditerranée.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

LA RÉORGANISATION DES ÉTUDES MÉDICALES

Loi, règlement, décret pleuvent en ce moment sur les questions qui intéressent le corps médical et nous ne pouvons pas, vu l'importance des actes décidés ou proposés, les passer sous silence.

Aussi donnons-nous plus loin, à titre de document, le projet de décret concernant le nouveau certificat d'études scientifiques dont nous avons parlé dans un précédent numéro et les modifications apportées dans les examens du doctorat en médecine.

Ces innovations ont été accueillies différemment par le public médical. Certains d'entre nous ne saisissent pas bien la nécessité des modifications faites et pensent que le besoin de changements plus importants dans l'enseignement médical se faisait plutôt sentir. D'autres, au contraire, accueillent avec enthousiasme la réorganisation projetée, et la *Gazette hebdomadaire* s'en fait l'écho. Pour elle, l'année passée à la Faculté des sciences sera grosse de résultats en apprenant aux jeunes gens « les connaissances scientifiques qui leur permettront d'étudier plus tard avec quelque profit les applications des sciences à la médecine ».

Nous le souhaitons ; mais nous l'avouons très humblement, au point de vue de l'exercice de notre art et de son étude, nous en sommes encore à chercher les avantages que nous avons pu retirer des longues heures passées à apprendre les classifications botaniques ou zoologiques que chacun s'empresse d'oublier, du reste, et quand nous avons à appliquer l'électricité au traitement des maladies ou a ordonner du naphthol β, il est bien rare que nous soyons aidés dans cette tâche par les souvenirs des cours de physique ou de chimie. Loin de nous, cependant, la pensée de vouloir les rayer du cadre des connaissances médicales ; mais nous estimons que la teinture qu'on enprenait avec l'ancien système d'instruction était bien suffisante pour permettre des études plus sérieuses et plus approfondies au médecin qui aurait eu l'intelligence tournée de ce côté.

Nous nous méfions aussi du nouveau quatrième examen de doctorat annoncé, qui porte pour titre :

Thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, *pharmacologie avec les applications des sciences physiques et naturelles.*

In cauda venenum ! Ne voyez-vous pas là le retour à l'ancien programme du doctorat et la possibilité pour les professeurs des sciences physiques et naturelles de nos Facultés de médecine de se rattraper, de continuer leur cours et point n'était alors besoin d'en créer d'autres à la Faculté des sciences.

Nous désirons nous tromper dans notre appréciation et nous espérons que les quatre années de préparation au doctorat seront entièrement consacrées à l'étude de la médecine, de la chirurgie et des accouchements.

C'est l'occasion ou jamais d'apporter des réformes sérieuses dans l'enseignement médical, de créer de nouvelles chaires comme celle de gynécologie par exemple, comme celle des maladies des enfants et surtout de soigner l'instruction clinique dont il a été tant parlé ces dernières années. Nous voyons déjà, dans le nouveau projet, une certaine tendance à améliorer ce qui touche à l'étude du malade. Nous y trouvons en effet que les notes obtenues par les candidats dans les services cliniques où ils sont régulièrement admis comme stagiaires seront communiquées aux examinateurs par les soins du Doyen et qu'il en sera tenu compte pour le résultat de l'examen. Mais pour donner des notes il faut interroger les étudiants, et pour les soumettre à une interrogation, il faut au préalable leur avoir donné l'enseignement qu'ils sont en droit d'attendre. Comment et par qui cette instruction clinique sera-t-elle donnée? Ce sont autant de questions de la plus haute importance que le nouveau projet soulève et qu'il faudra résoudre.

Voici le texte du *projet de décret relatif au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles :*

Article 1er. — Il est institué dans les facultés des sciences un enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles.

Art. 2. — Cet enseignement comprend :

Un cours annuel de physique (trois leçons et deux séances de travaux pratiques par semaine).

Un cours annuel de chimie (trois leçons et trois séances de travaux pratiques par semaine).

Deux cours semestriels de zoologie et de botanique (trois leçons et deux séances de travaux pratiques par semaine).

Art. 3. — A la suite de cet enseignement, il est délivré un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Les aspirants à ce titre prennent quatre inscriptions trimestrielles.

Ils doivent produire, pour prendre la première inscription, un diplôme de bachelier.

Sont aussi admis à s'inscrire, après constatation de leur aptitude par la Faculté, les jeunes gens âgés de dix-sept ans, pourvus du certificat d'études primaires supérieures.

Art. 4. — L'examen est subi devant la Faculté dans laquelle le candidat est inscrit.

Il comprend :

Une interrogation et une épreuve pratique de physique ;

Une interrogation et une épreuve pratique de chimie ;

Une interrogation sur la zoologie et la botanique, et une épreuve pratique de zoologie et de botanique.

Le tout conformément aux programmes qui seront déterminés par arrêté ministériel.

Art. 5. — Le jury est composé de trois membres de la Faculté.

Art. 6. — Chaque épreuve donne lieu à une note variant de 0 à 20.

Nul n'est admis s'il n'a obtenu 60 points au minimum.

Art. 7. — Les sessions d'examen ont lieu deux fois par an, en juillet et dans la première quinzaine de novembre.

Art. 8. — L'enseignement institué par le présent décret peut être organisé par les écoles de médecine de plein exercice et près les écoles préparatoires réorganisées, situées dans les villes où il n'existe pas de Faculté des sciences.

Les examens ont lieu aux dates fixées ci-dessus, sous la présidence d'un professeur d'une Faculté des sciences délégué par le ministre.

Les droits à percevoir des aspirants au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles seraient les suivants :

4 inscriptions à 32 fr. 50, y compris le droit de bibliothèque.......	130 fr.
Travaux pratiques, payables par trimstre, une année.............	90 »
Examen..	30 »
Certificat...	40 »
Visa du certificat..	10 »
Total...............	300 fr.

Voici maintenant le texte *du projet de décret relatif au doctorat en médecine :*

Article 1er. — Les études en vue du doctorat en médecine durent quatre années :

Elle peuvent être faites :

Pendant les trois premières, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ;

Pendant les quatre années, dans une Faculté de médecine, dans une Faculté mixte de médecine et de pharmacie.

Art. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire, pour prendre leur première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Art. 3. — Ils subissent cinq examens et soutiennent une thèse.

Art. 4. — Les examens portent sur les matières suivantes :

Premier examen. — Anatomie, moins l'anatomie topographique. Epreuve pratique de dissection.

Deuxième examen. — Histologie, physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique.

Troisième examen. — 1re partie : Médecine opératoire et anatomie topographique ; pathologie externe ; accouchements ; 2e partie : Pathologie générale ; pathologie interne ; épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Quatrième examen. — Thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles.

Cinquième examen. — 1re partie : Cliniques externe et obstétricale ; 2e partie : Clinique interne.

Thèse. — Les candidats soutiennent cette épreuve sur un sujet de leur choix.

Art. 5. — Le premier examen est subi entre la sixième et la huitième inscription; le second entre la huitième et la dixième; le troisième entre la treizième et la seizième; le quatrième et le cinquième après la seizième.

Art. 6. — Les notes obtenues par les candidats soit aux travaux pratiques, soit dans les services cliniques où ils ont été régulièrement admis comme stagiaires sont communiquées aux examinateurs par les soins du doyen. Il en est tenu compte pour le résultat de l'examen.

Art. 7. — Les délais d'ajournement sont fixés par le jury. Ils ne peuvent être inférieurs à trois mois.

Art. 8. — Les étudiants inscrits dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires réorganisées conformément au décret en date de ce jour subissent le premier et le second examen devant l'école à laquelle ils appartiennent.

Art. 9. — Le jury est présidé par un professeur de Faculté délégué par le ministre, Immédiatement après les épreuves, le président du jury adresse au ministre un rapport sur les résultats des examens.

Art. 10. — Les sessions d'examen ont lieu, dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires réorganisées, deux fois par an, aux dates fixées par le ministre.

Art. 11. — Les étudiants inscrits dans les écoles préparatoires non réorganisées subissent le premier et le second examen devant une Faculté aux époques fixées par l'article 5.

En cas d'ajournement, ils sont tenus de se représenter devant la même Faculté.

Art. 12. — Les travaux pratiques de dissection, de laboratoire et le stage près les hôpitaux sont obligatoires.

Le stage près les hôpitaux est de trois ans. Il doit comprendre un stage d'au moins un trimestre dans un service obstétrical.

Un arrêté ministériel fixera la durée des travaux de dissection et des autres travaux pratiques.

Art. 13. — Les 4e et 5e examens et la thèse doivent être subis devant la même Faculté.

Art. 14. — Les présentes dispositions sont exécutoires à dater du 1er novembre 1895.

Les aspirants inscrits avant cette époque subiront leurs examens conformément au décret du 20 juin 1878.

Ils devront, en se faisant inscrire, justifier soit du baccalauréat ès lettres, soit du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et du baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique.

Les droits à percevoir des aspirants au doctorat en médecine seraient fixés ainsi qu'il suit à dater du 1er novembre 1885.

16 inscriptions à 32 fr. 50 y compris le droit de bibliothèque		520
Travaux pratiques payables par trimestre, 4 années	1re année. 60 fr. 2e année. 40 » 3e année. 40 » 4e année. 20 »	160
7 examens ou épreuves à 30 francs		210
7 certificats d'aptitude à 25 francs		175
Thèse		100
Certificat d'aptitude de la thèse		40
Diplôme		100
	Total	1.305

HYGIÈNE

BULLETIN SANITAIRE

Le choléra est la seule maladie épidémique qui règne en ce moment, encore a-t-il cessé en France de préoccuper l'opinion. Il n'existe plus en Bretagne et il s'éteint dans le Midi. Il y en a encore quelques cas de temps en temps à Marseille et à Toulon, un ou deux par jour dans cette dernière ville; mais la maladie ne prend pas d'extension et ne tardera pas vraisemblablement à disparaître tout à fait.

On n'en continue pas moins à prendre, à l'étranger, les mesures rigoureuses que nous avons déjà signalées. Le comité sanitaire de Gibraltar vient même d'augmenter la durée de la quarantaine pour les provenances de Marseille et pour les navires venant d'Oran et d'Alger qui auront communiqué avec Marseille.

En Grèce, la quarantaine pour les provenances des ports de la Méditerranée a été augmentée de dix jours, depuis le 7 juillet.

Ce n'est pas seulement le choléra qui provoque ces sévérités.

Le paquebot de la compagnie transatlantique, le *Ferdinand-de-Lesseps* est entré, il y a quelques jours à Marseille, revenant du Venezuela et des Antilles, et rapportant au port les passagers et les marchandises qu'il y avait pris à son départ. Il s'était vu partout refuser l'entrée parce qu'il avait perdu deux passagers de la variole pendant sa traversée. Au retour, bien que les corps aient été jetés à la mer et le navire complètement désinfecté, on l'a envoyé au Frioul.

Si le choléra s'éteint en France, il augmente en Russie. Dans la province de Podolie, il y avait eu 301 cas et 100 décès dans la dernière semaine, à la date du 14 juillet. Il y avait eu, dans le même laps de temps, 35 cas et 15 décès en Bessarabie; 32 cas et 12 décès dans la province d'Okel; 18 cas et 9 décès dans celle de Khesson; 8 cas et 3 décès dans celle de Toula. A Moscou, le mois dernier, dans l'espace de dix jours, 28 personnes ont été atteintes par le fléau et 18 ont succombé.

On a aussi parlé de nombreux décès causés par cette maladie dans la ville de Manchester, mais cette nouvelle demande confirmation. Il en est de même des bruits relatifs à l'explosion du choléra sur certains points de la Hongrie.

C'est surtout en Arabie que le fléau fait en ce moment de cruels ravages parmi les pèlerins. Cette année, leur affluence a été considérable. C'est la première fois que l'office de Djeddah enregistre le chiffre énorme de 93,000 Hadjis débarqués à son échelle ou lieu de 50,000 à 60,000 qui y arrivent habituellement. Il est probable que, pour les caravanes, il y a une augmentation proportionnelle.

On estime que le nombre des musulmans qui se sont trouvés réunis le 24 juin autour de la ville sainte, devait s'élever à 200,000 ou 250,000. Le choléra en a déjà enlevé près du dixième. A la Mecque, du 8 au 25 juin, il en est mort plus de 6,000, dont environ 2,000 en un jour. Du 26 juin au 4 juillet, on a signalé 499 décès à Minah, 3,408 à la Mecque et 303 à Djeddah; mais ces chiffres doivent être doublés (1). A la date du 1er juillet 20,000 pèlerins étaient déjà de retour dans cette ville et le 15, le *Times* annonçait la mort de son ancien correspondant de Souakim, M. J.-S. Oswald qui a succombé dans ce port, pendant qu'il s'y occupait de l'embarquement des pèlerins pour les différents ports de la mer Rouge.

Enfin, le choléra vient d'éclater au Sénégal; une dépêche de Saint-Louis, en date du 17 juillet, annonce la mort du commandant du poste de Bakel. De nombreux décès sont signalés à Dagana, à Podor, à Bakel. L'épidémie sévit surtout parmi les indigènes.

Le Soudan a imposé une quarantaine de quarante jours aux provenances du Sénégal.

La fièvre jaune sévit en ce moment au Brésil, avec une intensité peu commune. A Santos, tout le personnel de la Banque a été enlevé pendant le mois de juin. Le nombre des morts s'est élevé jusqu'à 200 par jour. Trois

(1) Communication de M. Monod au Comité consultatif d'hygiène publique. Séance du 10 juillet 1893.

grands hôpitaux récemment créés sont encombrés de malades. 45 navires mouillés dans la rivière se trouvent sans équipages, 20 autres, dont 4 anglais, sont sans capitaine. Cette situation est menaçante pour notre colonie du Sénégal où la fièvre jaune est souvent importée du Brésil.

REVUE DE L'HYGIÈNE

Filtre en porcelaine d'amiante. — On expérimente depuis quelque temps, dans les laboratoires, des filtres d'une nouvelle espèce. Ils sont du même modèle que ceux du système Chamberland ; mais, au lieu d'être en porcelaine dégourdie, ils sont faits en porcelaine d'amiante. Cette substance, de découverte toute récente, a été l'objet d'un rapport de M. Garros, présenté à l'Académie des sciences par M. Berthelot, le 14 décembre 1891. Ce rapport indique son mode de fabrication et ses avantages. La porcelaine d'amiante a les pores beaucoup plus petits que ceux de la porcelaine ordinaire ; elle est en outre plus homogène. MM. les docteurs R. Durand-Fardel et F. Bordas l'ont expérimentée au laboratoire de toxicologie de Paris, et ils ont constaté qu'une eau contenant 1,200 colonies pas centimètre cube est stérilisée d'une façon absolue après avoir passé à travers la porcelaine d'amiante. Ils ont également reconnu que des bouillons de culture contenant, l'un le bacille typhique, l'autre la bactéridie charbonneuse, ont perdu tous leurs microbes après avoir traversé le nouveau filtre et que le liquide ayant contenu le charbon peut être inoculé à des cobayes sans leur faire de mal. La porcelaine d'amiante n'exige pas des nettoyages aussi fréquents que l'autre. Après six semaines d'emploi continu elle arrête les bactéries comme au premier jour.

Des résultats analogues ont été, paraît-il, obtenu par M. Girard, le directeur du laboratoire municipal, et par M. Miquel, chef du laboratoire micrographique de l'observatoire de Montsouris. M. Miquel, qui fait, comme on le sait, autorité en cette matière, a reconnu que le nouveau filtre arrêtait également le bacille du choléra. Enfin, M. Junfleisch a communiqué à l'Académie de médecine, dans la séance du 9 février 1892, un rapport favorable sur la *stérélisation et la filtration des liquides, par la porcelaine d'amiante.*

Distribution gratuite de glace à New-York. — Ce ne sont pas toujours des excentricités qui nous arrivent de l'autre côté de l'Atlantique, et il serait bien à désirer qu'on suivît, à Paris, l'exemple que vient de donner New-York. On sait combien les chaleurs y sont insupportable en cette saison et les habitudes de confortable y sont assez répandues pour qu'il soit presqu'impossible de s'y passer de glace. Or, les classes pauvres ne peuvent pas s'en procurer ou n'en ont que de qualité détestable. Pour remédier à ce fâcheux état de choses, il vient de se fonder, à New-York, une association de bienfaisance dont le but est de fornir gratuitement de la glace de bonne qualité aux familles pauvres, pendant les grandes chaleurs.

Une innovation hygiénique de moindre importance, mais qui a cependant son côté pratique, nous arrive également des Etats-Unis. On sait combien il est pénible pour les personnes chauves et pour celles qui ont le cuir chevelu susceptible, de suivre tête nue un enterrement ; il en résulte souvent des bronchites, parfois des pneumonies mortelles. Or, le *Gold Health* du *Michigam* (docteur Kellogg) nous apprend que les docteurs Cochrame et Laine, président et secrétaire du bureau d'hygiène de l'Etat de Californie, ont pris l'initiative d'appeler l'attention de leurs concitoyens sur la nécessité de garder son chapeau sur la tête dans les cérémonies funèbres, dans les trajets de la maison

mortuaire à l'église et au cimetière. Il n'est pas besoin de lois ni d'ordonnances pour faire justice de cette dangereuse coutume, il suffirait d'un petit speech et d'une invitation de l'ordonnateur des pompes funèbres. (*Jounal d'hygiène*, 6 juillet 1893.)

Bactéries pathogènes dans la salive des animaux domestiques. — Les *Annales de l'Institut d'hygiène expérimentale de l'Université de Rome* publient un travail de M. Piocca sur ce sujet. La salive du cheval en renferme trois (streptococcus, staphylococcus, spirilles); la salive du chat est riche en coccus et en petit bacilles. L'un d'eux, le bacille salivaire félin est tout à fait caractéristique et se montre surtout infectieux pour les lapins qu'il tue en vingt-quatre heures. La salive du chien contient des bactéries très variées dont quelques-unes pathogènes, notamment la B. pseudo-œdemato-maligne et le staphylococcus pyogenes aureus.

Les buveurs d'éther. — On vient d'interdire en Russie, la vente de l'éther parce que ce genre d'ivrognerie s'y répandait d'une manière inquiétante. Il y était venu d'Irlande. L'habitude de boire de l'éther s'est répandue dans cette île à la suite des prédications des prêtres catholiques. Dans leur zèle, ils ont tellement tonné contre le Wisky, qu'ils l'ont fait abandonner par leurs correligionnaires; mais ceux-ci l'ont remplacé par une liqueur mixte dans laquelle les éthers *éthylique* et *méthylique* sont mêlés à l'alcool et à des composés empyreumatiques. Ce mélange commercial coûte trois francs le litre et il suffit de 15 grammes pour déterminer une ivresse, moins profonde et moins dégradante que celle de l'alcool. Dans ce pauvre et malheureux pays, on peut, pour cinq centimes, se procurer un moment d'oubli. La substitution s'est opérée vers 1866 et depuis cette époque, on reconnaît la religion des gens à l'odeur qu'ils exhalent. Les protestants sentent l'alcool et les catholiques l'éther. Ce vice s'est répandu en Angleterre même dans les rangs de l'aristocratie et à la suite des courses d'Epsom, on trouve sur l'hippodrome de petits flacons d'éther mêlés aux innombrables bouteilles vides de Champagne et de Porto qui jonchent le sol.

Il s'était installé en Irlande des débits particuliers où les paysans venaient boire leur petit verre d'éther, comme on boit l'eau-de-vie en France. Ils commençaient par avaler un grand verre d'eau froide pour ralentir la votalisation de leur liquide favori et se procuraient ainsi une ivresse instantanée mais fugace. L'autorité a fait fermer les débits et défendre la vente de cette boisson dans l'île. On vient, comme nous l'avons dit en commençant de prendre la même mesure en Russie.

Bains-douches municipaux. — A la séance du Conseil municipal du 12 juillet, le docteur Thuillier a lu un rapport très intéressant sur la nécessité d'établir à Paris, pour la classe ouvrière, des bains par aspersion. Je propose, pour commencer, d'en installer un dans le 10e arrondissement, sur le terre-plein de la rue de Bondy ou sur la place de la République et d'en confier l'exploitation à un adjudicataire à la condition que le prix du bain-douche n'excède pas quinze centimes. On ne saurait trop applaudir à l'heureuse initiative du docteur Thuillier. La propreté corporelle a tout autant d'importance au point de vue de l'hygiène que celle des habitations. Les bains sont surtout nécessaires aux ouvriers qui travaillent et transpirent dans la poussière des ateliers et qui ne changent pas souvent de linge; mais les bains de baignoire, demandent trop de temps, dépensent trop d'eau et coûtent trop cher. Les bains-douches sont la meilleure solution du problème. Inventés par le docteur Merry Delabost, en 1873, pour la prison de Rouen, ils sont devenus réglementaires dans l'armée. En Allemagne, on trouve des bains par aspersion dans toutes les grandes villes. Il en existe également dans quelques écoles, celles de Gœttingue, par exemple, et les enfants des deux sexes y sont périodiquement soumis. En France, on fait de louables efforts pour les introduire dans les écoles com-

munales et la proposition du docteur Thuillier, qui sera très certainement adoptée par le Conseil, deviendra la première application du système à l'hygiène de la population ouvrière de Paris qui en appréciera vivement les avantages.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 juillet 1893. — Présidence de M. Fernet.

Sur une nouvelle méthode d'aspiration

M. Hirtz présente à la Société un appareil aspirateur très simple, composé d'une aiguille n° 3 de Dieulafoy et d'un système hydraulique peu compliqué, comprenant un flacon d'un demi-litre ou d'un litre fermé par un bon bouchon percé de deux trous; par l'un de ces trous passe un tube de verre qui, d'un côté, va jusqu'au fond du flacon et de l'autre, est recourbé à angle droit et communique avec l'aiguille par un tube de caoutchouc; l'autre trou est traversé par un tube de verre court et peut être remplacé par un robinet d'écoulement placé à la partie inférieure du flacon.

Si, le flacon étant rempli d'eau, on le renverse, l'eau tend à s'écouler par le second tube, et le vide tend à se faire à la partie supérieure du liquide; voici comment on emploie cet appareil: le flacon rempli d'eau repose sur un plan inférieur au lit du malade; on fait la ponction avec l'aiguille à laquelle fait suite le tube qui va jusqu'au fond du flacon; en même temps on renverse celui-ci, l'eau sort par le tube court, et il se fait une aspiration douce et continue que l'on peut amoindrir à volonté en comprimant plus ou moins le tube de caoutchouc.

M. Troisier : Un simple tube de caoutchouc faisant suite à l'aiguille et descendant assez bas, suffit pour faire une aspiration douce et lente en constituant une sorte de siphon.

Infection par le streptocoque dans le cours de la grippe

M. Hanot rapporte deux cas d'infection par le streptocoque au cours de la grippe Dans le premier, il s'agit d'un jeune homme qui eut une grippe grave à forme typhoïde, compliquée de broncho-pneumonie, de pleurésie, de méningite circonscrite de la base, et à laquelle il succomba rapidement: l'examen bactériologique révéla partout la présence à l'état pur de streptocoques très virulents.

Chez le second malade, une grippe d'abord simple en apparence, devint bientôt grave et se compliqua d'arthrites suppurées; le pus contenait également des streptocoques extrêmement virulents.

On peut donc dire que, quel que soit le microbe, encore inconnu, de la grippe, il crée un terrain éminemment favorable à l'exaltation des propriétés virulentes des microbes surajoutés. Il y a là un fait doublement intéressant : au point de vue clinique, et au point de vue de l'étude des associations microbiennes.

Lésions du gros intestin dans la fièvre typhoïde

M. Laveran a récemment observé un homme de 24 ans entré à l'hôpital avec les signes classiques d'une fièvre typhoïde arrivée au huitième jour. Pendant les premiers jours, l'affection présenta une évolution normale. Le douzième jour, le malade se plaignit de

violentes douleurs abdominales siégeant dans l'hypochondre gauche ; on pouvait constater en même temps un ballonnement sus-ombilical assez prononcé. Quelques jours après le malade mourait avec des signes de péritonite aiguë généralisée.

A l'autopsie on trouva, outre les lésions de péritonite, deux larges perforations situées au niveau du côlon transverse ; l'une avait près de 3 centimètres de long ; l'autre présentait les dimensions d'une pièce de 50 centimes ; il n'y avait pas de perforation au niveau de l'intestin grêle. Il y avait un grand nombre d'ulcérations dans le gros intestin.

On a cité des faits semblables (Louis, Leudet, Guéneau de Mussy, Homolle, Mercier, thèse 1888). Néanmoins ce sont là des faits rares ; il est rare, du moins, d'observer des ulcérations du gros intestin aussi importantes et même plus importantes que celles de l'intestin grêle.

M. Laveran n'avait jusqu'à présent observé que deux faits analogues ; ces derniers et celui qu'il rapporte aujourd'hui sont intéressants à rapprocher, car ils représentent les différentes phases de l'évolution de la fièvre typhoïde.

Dans le premier cas, on trouve chez un malade, mort au huitième jour de l'affection tous les follicules clos du gros intestin volumineux, tuméfiés mais non ulcérés ; dans le deuxième, les lésions étaient déjà plus avancées, et l'on voyait des ulcérations sur toute la longueur du gros intestin. Enfin, dans le troisième cas, les altérations étaient plus profondes encore et ont abouti à la perforation.

M. Bucquoy a publié un fait de rechute de fièvre typhoïde, dans lequel la rechute aurait été due à une localisation de l'affection sur les follicules clos du gros intestin. Il ne s'agissait pas de rechutes chez les malades de Laveran. Il a d'ailleurs, perdu deux malades de rechutes de fièvre typhoïde, chez lesquels on ne trouva pas de lésions dans le gros intestin, tandis qu'on constatait dans l'intestin grêle, à côté d'ulcérations en voie de cicatrisation, des ulcérations plus récentes. La rechute ne peut donc toujours s'expliquer par une détermination secondaire de la fièvre typhoïde sur le gros intestin.

Mercier, dans sa thèse (1888), donne comme signes des lésions du gros intestin dans la fièvre typhoïde, le siège de la douleur, l'abondance de la diarrhée, le météorisme abdominal. Chez les deux premiers malades de M. Laveran, il n'y eut pas de douleurs. Chez le troisième, la douleur siégeait bien dans l'hypocondre gauche, mais elle dépendait d'une péritonite, localisée d'abord, puis généralisée. Chez aucun de ces trois malades, la diarrhée n'a été abondante ; il n'y eut pas surtout de selles dysentériformes malgré l'existence de larges ulcérations du côlon dans deux cas.

Le météorisme n'a été très prononcé que chez le dernier malade, et présentait cette particularité qu'il était sus-ombilical. On peut penser qu'il était dû aux vastes lésions du côlon qui déterminaient une paralysie de sa tunique musculaire ; la distension, à son tour, a agi en amenant les perforations.

Le météorisme sus-ombilical serait donc un bon signe de lésions importantes du gros intestin.

M. Rendu a observé deux cas de côlo-typhus ; dans l'un d'eux il n'y avait pas lésions concomittantes de l'intestin grêle ; les malades présentèrent du météorisme, mais pas de diarrhée dysentériforme.

M. Hanot, dans trois faits qu'il a observés, n'a remarqué aucun signe capable de faire reconnaître que le gros intestin était atteint.

COURRIER

Muséum. — Le ministre de l'Instruction publique, ratifiant le choix de l'assemblée des professeurs du Museum et de l'Académie des sciences, vient de nommer à la chaire de physiologie générale du Jardin des Plantes M. Grehant, docteur ès sciences, lauréat de l'Institut.

M. Grehant, qui depuis de longues années était professeur suppléant de physiologie, remplace définitivement le titulaire de la chaire, M. Rouget, admis à la retraite.

Faculté de médecine de Paris. — Par décret, en date du 19 juillet 1893, M. Hayem, professeur de thérapeutique et matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite Faculté.

Faculté de médecine de Lille. — La chaire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Lille est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Académie des sciences. — M. Ludwig (de Leipzig) vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie des sciences, dans la section de médecine et de chirurgie.

Concours de la médaille d'or. — *Médecine.* — L'ouverture du concours aura lieu le lundi 11 décembre 1893, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 2 au 11 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 14 octobre, dernier délai.

Chirurgie et accouchement. — L'ouverture du concours aura lieu le jeudi 14 décembre 1893, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 2 au 14 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 14 octobre, dernier délai.

Hopital Saint-Louis. — *Cours de vacances.* — M. le Dr G. Thibierge, médecin du Bureau central, fera, dans le service de M. le Dr Besnier, un cours complet de dermatologie, pendant les mois d'août et septembre.

Visite, tous les matins à 9 heures.

Le mardi, opérations dermatologiques.

Le mercredi, examen et traitement des affections du cuir chevelu.

Le vendredi, consultation externe.

Le samedi, examen des malades entrants.

Les lundis, mercredis, vendredis à 4 heures, leçons théoriques avec présentation de malades, à la salle des Conférences du musée.

Les personnes qui désirent assister aux leçons théoriques sont priées de se munir d'une carte d'entrée, qui sera délivrée par M. le directeur de l'hôpital.

Association de la Presse médicale. — Réunion du 7 juillet 1893. Le troisième dîner statutaire, pour l'année 1893, de l'Association de la Presse médicale, a eu lieu au restaurant Marguery, 17 membres ont assisté à cette séance que présidait M. le pro-

fesseur Cornil et à laquelle ont pris part les deux membres nouvellement admis, MM. Fournier et Bérillon.

Candidatures : M. le professeur Fargues, de Montpellier, pour le journal le *Nouveau Montpellier médical* ; parrains : MM. Cornil et Dujardin-Beaumetz ; rapporteur : M. Landouzy.

M. le D[r] Ollivier, pour le journal des *Annales de la Policlinique* ; parrains : MM. Auvard et Doléris ; rapporteur : M. Schouppe.

Ces candidatures seront rapportées au dîner du 1[er] vendredi d'octobre.

On informe les membres présents de la réponse négative de la Compagnie des chemins de fer de l'Etat, qui n'a pas consenti à faire à l'Association les réductions consenties par d'autres Compagnies. Celle du Midi n'a pas encore répondu ; on répétera les démarches.

M. le Président, dans une communication spéciale, fait le récit, très intéressant, des démarches qu'il a faites pour obtenir l'adoption, par la Commission de l'armée, de son projet de loi, qui permet aux étudiants de ne faire leur service militaire que lorsqu'ils sont pourvus du diplôme de docteur en médecine. Il raconte les difficultés qu'il a rencontrées et qui ont amené un ajournement du projet.

Après une discussion approfondie, la réunion décide que chaque directeur de journal fera ses efforts pour que la Commission de l'armée, éclairée sur les véritables intérêts du pays, revienne sur sa détermination. Le prochain dîner aura lieu après la clôture du Congrès international de Rome, en octobre.

Concours pour une place de chef de clinique médicale a Lyon. — (Service de M. le professeur Bondet). Le concours s'est terminé par la nomination de M. le docteur Chatin.

Subventions a diverses associations d'enseignement. — Par délibération du Conseil municipal du 7 juillet, des subventions sont allouées pour 1893, à diverses associations, libres et laïques. Nous y trouvons : la Clinique des Quinze-Vingts, 3,500 francs ; l'enseignement des bègues (D[r] Chervin), 3,000 francs ; l'école et hôpital dentaires 500 fr. ; l'institut odontotechnique 500 francs ; l'Association générale des étutiants, 1,000 francs.

Nécrologie. — Le D[r] Brovilier, de Saint-Laurent-de-Mure (Isère). — Le D[r] Marié-Davy, docteur en médecine, docteur ès sciences physiques et mathématiques, membre correspondant du bureau des longitudes, directeur honoraire de l'observatoire de Montsouris, président honoraire à la Société française d'hygiène, chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir à Dornecy (Nièvre), à l'âge de 73 ans. — M. Mercklen, membre de la Commission d'hygiène du IV[e] arrondissement.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse

Excursion hydrologique faisant suite au cours d'hydrologie de l'année 1893. — Visite des établissements thermaux du département des Hautes-Pyrénées. (Argelès-Gazost, Cauterets, Saint-Sauveur, Barèges, Bagnères-de-Bigorre, Capvern). L'excursion touchera également, en se terminant, à Luchon (Haute-Garonne). Du 15 au 25 septembre prochain.

Les excursions annuelles, qui sont, en quelque sorte, le côté pratique du cours d'hydrologie, et que dirige le professeur lui-même, sont destinées à faire connaître sous leur vrai jour scientifique et médical, d'après un plan uniforme, les stations thermales visitées. C'est là le but de l'excursion dont nous faisons connaître les détails et les conditions.

On partira de Toulouse le 15 septembre pour se rendre directement à la station

d'Argelès-Gazost, d'où l'on rayonnera sur Cauterets, Barèges et Saint-Sauveur. — D'Argelès on se rendra à Bagnères-de-Bigorre. — De Bagnères-de-Bigorre à Capvern. — Afin que les élèves et les personnes qui participeront à cette excursion scientifique, puissent connaître la station qui s'intitule à juste titre : la Reine des Pyrénées, on ira de Capvern à Bagnères-de-Luchon. — De Luchon, on rentrera à Toulouse où l'excursion prendra fin.

La compagnie du Midi a accordé : 1° une remise de 50 p. 100 à tous les membres de l'excursion, pour qu'ils puissent se rendre par sa ligne à Toulouse, et pour en repartir; 2° une remise également de 50 p. 100 pour toute l'excursion. — Les autres compagnies accordent la même remise pour permettre l'arrivée à Toulouse et le départ.

Les maîtres d'hôtel, les voituriers, ont accordé des prix de faveur pour tous les membres de l'excursion.

Nous avons établi les prix de première et de deuxième, afin de profiter des express autant que possible.

1° Prix de l'excursion totale, toute dépense compris, pour tous les étudiantse en médecine, en pharmacie, en droit, en sciences, en lettres de toute la France . . . . 75 fr.

2° Prix pour les personnes qui ne sont pas étudiants . . . . 120 fr.

On peut se faire inscrire à partir de ce jour, jusqu'au 4 septembre inclusivement, au secrétariat de la Faculté de médecine de Toulouse, en envoyant en mandat-poste la moitié du prix de l'excursion, suivant les catégories. La seconde moitié sera versée entre les mains du trésorier de l'excursion, au moment où l'on viendra prendre à ce même secrétariat la carte de membre de l'excursion.

Le professeur d'hydrologie,
Dr F. Garrigou.

Vu : *le Doyen,*
Caubet.

Corps de santé de la marine et des colonies. — M. le médecin de 1re classe Lafage est appelé à servir au Congo français, en remplacement de M. le médecin de 1re classe Descous, qui a terminé sa période réglementaire de séjour.

— M. le médecin de 1re classe des colonies Bahier, dont le congé de convalescence expire le 25 juillet, est appelé à servir au Tonkin.

— M. le médecin de 2e classe Gombaud ira servir comme aide-major au régiment de tirailleurs soudenais.

Chemins de fer de l'Ouest. — *Bains de mer.* — Abonnements : Des cartes d'abonnement mensuelles ou trimestrielles, comportant une réduction de 40 0/0 sur les prix des abonnements ordinaires de même durée, seront délivrées au départ de Paris jusqu'au 15 septembre à quiconque, devant séjourner dans une des stations balnéaires du réseau de l'Ouest, prendra trois billets au moins pour les membres de sa famille ou ses domestiques.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Hôpital de la Pitié — Docteur Paul Reclus

—

DE L'EAU CHAUDE EN CHIRURGIE

Il n'est guère d'années où je ne vous entretienne, au moins une fois, des services que nous rend l'emploi systématique de l'eau chaude. Je manquerai aujourd'hui d'autant moins à cette coutume qu'une récente communication du professeur Jeannel, (de Toulouse,) vient d'appeler l'attention sur ce sujet et de mettre en évidence une nouvelle application de l'eau à haute température. Je ne sais encore quels succès attendent « l'ébouillantement » des lésions tuberculeuses, mais je veux, à ce propos, vous rappeler le part qu'on peut tirer de l'eau chaude et les beaux résultats qu'on lui doit dans une foule d'affections chirurgicales.

Et, d'abord, vous n'ignorez pas le rôle que joue l'eau chaude pour la pratique de l'asepsie et de l'antisepsie. Par l'ébullition, l'eau se débarrasse de ses germes, elle devient donc aseptique, et l'eau bouillie est alors un des meilleurs liquides dont on puisse se servir pour laver les plaies, les mains de l'opérateur et les instruments, au cours d'une intervention ; en effet, les antiseptiques ordinaires, le bi-chlorure de mercure et acide phénique sont fort irritants. Puis il faut songer à l'absorption possible et l'on sait les accidents d'intoxication qui surviennent lorsque ces substances sont répandues avec trop de profusion sur des organes tels que l'intestin, et le péritoine dont les lymphatiques absorbent avec une extrême rapidité. On peut dire que, là, le lavage avec l'eau bouillie est vraiment de rigueur.

Non seulement l'eau bouillie est aseptique, du moins lorsqu'on ne l'infecte pas et qu'on la conserve dans des vases intacts, mais elle est aussi antiseptique à une certaine température et au-dessus de 42 degrés elle est un milieu à peu près réfractaire aux bactéries ; si les micro-organismes n'y meurent pas encore— il faut pour cela une température de 80 degrés —, du moins ils ne sauraient s'y développer et la pullulation y devient bientôt impossible. De là, des indications importantes pour le lavage des mains, plus sûrement et plus rapidement aseptiques après avoir été trempées dans l'eau chaude que lorsqu'on s'est servi d'eau froide. Evidemment, l'eau à 50 ou 55 degrés, la seule qu'on puisse employer sans provoquer de trop vives souffrances, est très faiblement antiseptique ; mais elle l'est en définitive et elle l'est sans être irritante pour les tissus et sans qu'on ait rien à craindre de son absorption.

Mais j'ai hâte d'en arriver aux modes d'emploi qui, pour m'être plus personnels me paraissent cependant d'une réelle valeur. Au cours de mes opérations, au lieu d'inonder le champ où manœuvre le bistouri avec des solutions phéniquées ou mercurielles, j'exprime sur la plaie des tampons de ouate hydrophile imbibés d'eau à 50 degrés, et j'y trouve de nombreux avantages. D'abord, l'eau ne coûte rien et on peut se la procurer partout ;

elle ne crispe pas les tissus et entraîne merveilleusement les détritus et les caillots; enfin, elle est hémostatique; elle oblitère les orifices extérieurs des petits vaisseaux et des capillaires; le sang ne coule plus que par les rameaux justiciables des pinces à forcipressures. Ces bénéfices se retrouvent dans les pansements consécutifs : lorsqu'on veut détacher la ouate ou la gaze iodoformée qui recouvre les sutures et qui adhère à la peau, lorsqu'on enlève les sécrétions séreuses et sanguinolentes desséchées, l'eau chaude les détrempe vite et bien et le malade ne souffre pas.

L'emploi de l'eau chaude dans le traitement des plaies ulcéreuses a une grande importance et je ne connais pas de topiques d'une valeur aussi incontestable. Lorsque les bourgeons charnus deviennent gros, irréguliers et blafards, des injections à 55 degrés et pratiquées deux fois par jour, pendant dix minutes ou un quart d'heure, transforment bientôt la membrane granuleuse; elle devient rose, vermeille, unie et un liseré épidermique s'étend bientôt du pourtour de la perte de substances vers son centre, signe irrécusable d'une rapide cicatrisation. Les ulcères variqueux et les ulcères trophiques, les destructions étendues de la peau consécutives à des phlegmons gangreneux, à des brûlures ou à des anthrax bénéficient surtout de ces lavages et, dans mes cliniques antérieures, j'en ai cité de nombreux exemples. Pour hâter la cicatrisation complète, j'applique maintenant, au bout de quelques jours d'irrigations chaudes et lorsque le liseré épidermique s'accentue, du sucre de lait, sur la perte de substances et sous un pansement occlusif, et la guérison est très prompte.

Le succès est égal dans le traitement des plaies dont la granulation s'arrête et qui se recouvrent d'un enduit diphtéroïde. Vous connaissez cette complication particulière, sorte de diminutif de la pourriture d'hôpital : les bourgeons se voilent d'une pellicule grisâtre, opaline, épaisse de 1 à 2 millimètres; d'un coup d'ongle on l'enlève par lambeau et l'on trouve, au dessous, les tissus échymotiques, mous, friables, saignants, ulcérés; une matière pultacée les recouvre et la perte de substance se creuse de plus en plus; en tous cas le processus réparateur se suspend et la cicatrisation est compromise. Le perchlorure de fer, le nitrate d'argent, les acides nitrique et acétique, l'iodoforme, le sublimé ont été employés pour combattre cet accident qui se fait absolument rare, maintenant que la réunion immédiate est la règle à peu près sans exception. Mais enfin, dans les cas où on l'observe, même le jus de citron, ce vieux et excellent remède, nous paraît moins énergique que l'eau chaude. Nous nous abstiendrons ici encore de donner des exemples que nous avons déjà publiés ailleurs.

Mais où l'eau chaude triomphe vraiment, c'est dans le traitement des inflammations aiguës et ceux d'entre vous qui suivent assidûment la visite ont leur religion éclairée sur ce fait. Les panaris, les furoncles et les anthrax, les phegmons circonscrits ou diffus, toutes les phlogoses superficielles bénéficient singulièrement de l'immersion prolongée dans un bain à une température de 50 à 55 degrés. Pour les inflammations des membres supérieurs, l'installation est des plus simples : la main et l'avant-bras, la main, l'avant-bras et le bras selon la moins ou plus grande étendue du mal, plongent dans une poissonnière munie, vers le fond, d'un tuyau d'épuisement que l'on ouvre et ferme à volonté; d'autre part, on suspend au-dessus du lit un récipient qui contient de l'eau presque bouillante, qu'un

tube de caoutchouc, réglé par un robinet, verse dans la poissonnière. L'écoulement du robinet de décharge et du robinet d'apport est calculé de manière à ce que la température reste constamment au degré voulu, 50 degrés en moyenne. Il est plus simple encore, si cet appareil élémentaire fait défaut, de verser au fur et à mesure, dans la poissonnière ou dans un vase quelconque, de l'eau pour réchauffer celle qui se refroidit.

Aux membres inférieurs, le mode d'application est un peu différent : pour le pied, pas de difficulté et rien n'est plus aisé que de le plonger dans un vase rempli d'eau que, par adjonctions successives, on porte peu à peu à la température voulue ; il en est de même pour le bas de la jambe ; mais pour la partie moyenne et supérieure, pour les cuisses, on ne pourrait songer à immerger une région aussi étendue ; il faut alors recourir à des compresses de tarlatane pliées à dix ou quinze épaisseurs ; on les trempe dans l'eau chaude, puis on l'applique immédiatement sur les parties phlogosées ; la séance durera un quart d'heure environ et on la répètera deux ou trois fois par jour ; puis, dans les intervalles, le foyer malade sera enveloppé dans un pansement antiseptique humide et chaud. C'est cette méthode que nous avons suivie encore pour le tronc, le cou et la tête et les plaies ulcéreuses, les inflammations, lymphangites, furoncles, anthrax, phlegmons sont, avec la plus grande facilité, traités ainsi par les applications d'eau chaude.

Ces immersions nous donnent des résultats surprenants et une inflammation prise à ses débuts peut être jugulée; je pourrais en fournir de très nombreux exemples. Mais lorsque les accidents sont plus avancés, lorsque le phlegmon est déjà confirmé, l'eau chaude limitera l'inflammation et fera tomber les phénomènes locaux et généraux avec une rapidité surprenante. Rappelez-vous ces inflammations à marche diffuse, des pieds et des jambes, ces lymphangites accentuées, ces panaris, ces collections commençantes des gaînes des fléchisseurs, ces tuméfactions violacées autour des bourses sereuses pérotuliennes olécraniennes. La région est plongée dans l'eau chaude. Après quelques heures, et dès la première immersion, l'inflammation se limite déjà ; la tension des tissus diminue sensiblement ; la région est moins tuméfiée et les symptômes généraux s'apaisent ; la fièvre tombe et, en général, dès le lendemain tout danger est conjuré ; une collection ou plusieurs s'amasse qu'on ouvre et au lieu de décollements étendus, de fusées purulentes, de clapiers, complication que les débuts de l'inflammation faisait redouter, tout se borne à un abcès circonscrit.

Mais il est des régions où cette immersion prolongée ne peut être obtenue que par certains artifices, et je veux insister maintenant sur la technique, très simple d'ailleurs, qu'il faut suivre pour le traitement des hémorrhoïdes, des prostatites et surtout des inflammations des organes génitaux de la femme, métrite et salpingite. Certes, la prétention serait excessive, de mettre à l'actif de ma pratique personnelle, le traitement des affections du petit bassin de la femme par l'eau chaude, car les injections à température élevée sont, depuis Emmet, entrées dans la pratique courante. Mais j'ai apporté à la technique des modifications qui me paraissent ignorées et qui cependant m'ont donné des résultats trop bons pour que je n'essaie d'en vulgariser l'emploi. Mais, avant de traiter ce point parlons des

hémorrhoïdes et des prostatites, les deux affections peut-être qui bénéficient le plus des applications de l'eau chaude.

Pour les hémorrhoïdes, Landowsky déjà avait vu que des bains de siège à une température élevée amenait une sédation des accidents, puis une guérison complète. J'y crois, mais dans des cas très légers, et encore pensons-nous que ce traitement ne fait que juguler la crise sans conjurer l'apparition d'accidents nouveaux. Aussi ai je recours, non aux bains de siège, dont la température, sans être insupportable, ne saurait dépasser 42 à 45 degrés, mais aux lavements à haute température et aux lotions périnéales soit avant la dilatation et pour la préparer, soit après, lorsque les veines s'échappent en trop grande masse par l'anus forcé. En effet, il nous est arrivé parfois de voir, après la dilatation, les hémorrhoïdes congestionnées passer au travers du fondement relâché et former, dans la rainure interfessière, des paquets du volume du poing. Des compresses de tarlatane imbibées dans l'eau chaude et appliquées sur la tumeur en diminuent la tension et les souffrances; puis les varices se flétrissent, et nous avons obtenu des guérisons sans recourir à une extirpation qui répugnait au malade; à tort, disons-nous, car l'extirpation telle que nous la pratiquons maintenant, en faisant, après l'excision, une réunion immédiate de la muqueuse intestinale à la peau marginale, est une intervention aussi efficace qu'innocente.

Dans les inflammations de la prostate, il ne saurait s'agir d'extirpation, et le traitement à l'eau chaude est ici sans rival. Nous prescrivons des lavements à la température de 55 degrés. Le liquide remplit l'ampoule rectale où proémine la glande baignée, pour ainsi dire, dans ses deux tiers inféro-postérieurs. Cette méthode que nous avons imaginée nous a rendu les plus grands services; notre exemple, d'ailleurs, a été suivi et plusieurs de nos confrères nous ont envoyé des observations concordantes; des prostatites à phénomènes aigus, alarmants, ont été guéries par ce moyen, et, à nos observations personnelles, nous pouvons ajouter des faits de Brissaud, d'Aris et de Cazeau. Un fabricant d'instruments de chirurgie a même imaginé un petit appareil en métal creux que l'on introduit dans l'ampoule rectale et que parcourt une veine d'eau chaude; la température peut rester constante et le liquide ne se refroidit pas comme le fait le lavement. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs spontanées s'apaisent, le ténesme vésical, les épreintes s'atténuent, la miction devient facile, le gonflement diminue, les pulsations artérielles sont imperceptibles et au bout de trois ou quatre jours la guérison est obtenue.

Et ce n'est pas seulement dans les prostatites aiguës que l'eau à haute température peut rendre des services; elle est fort utile encore dans les prostatites chroniques, lorsque la glande hypertrophiée devient le siège de congestions fréquentes. Ceux que l'on appelle « les prostatiques » voient parfois, à l'occasion d'un refroidissement subit, d'un excès de table, d'une course en voiture, d'une station assise trop prolongée, survenir une dysurie plus ou moins tenace, ou même une véritable rétention d'urine. Eh bien! j'ai vu ces accidents céder aux lavements à la température de 55 degrés, et j'ai cité ailleurs l'exemple d'un vieux général qui apprécie fort ce remède: dès que le cours des urines se suspend, son ordonnance prépare un lavement chaud qui fait cesser la rétention. J'ai pu aussi combattre, par le même moyen, l'intolérance vésicale : un de mes malades qui était souvent

pris d'envies impérieuses qu'il lui fallait apaiser immédiatement a vu, grâce à un cathétérisme bi quotidien et aux lavements d'eau très chaude, l'urine reprendre son cours normal : notre client pisse facilement et peut attendre, pour le faire, un moment et un lieu propices.

C'est à ces mêmes lavements d'eau chaude, à la température de 55 degrés, que j'ai recours dans les affections congestives et inflammatoires des organes génitaux de la femme. Depuis fort longtemps, les avantages que présente l'eau chaude dans ces cas sont connus, et je rappelais plus haut que, depuis Emmet, cet usage est entré dans la pratique courante. Pour ma part, je la prescris depuis 1880 et j'ai même imaginé une irrigateur vaginal fort commode : pour prendre ses injections, la femme doit se mettre sur un bidet, et l'eau qui pénètre dans le vagin en sort au fur et à mesure, pour les malades qu'une grande faiblesse retient au lit ou chez qui des hémorrhaiges utérines s'opposent à tout mouvement, la séance d'irrigation est toujours fatigante; aussi je me sers, pour éviter tout inconvénient de ce genre, d'un spéculum en bois; l'orifice en est oblitéré par un bouchon en caoutchouc que traverse deux tubulures en verre; l'une de ces tubulures reçoit l'eau chaude d'un réservoir, ordinairement un simple sceau, pendu au-dessus du lit et la fait pénétrer dans le vagin; l'autre tubulure prend cette eau dans le vagin et la conduit jusqu'à un récipient quelconque placé au pied du lit.

Cet appareil fort simple et que sans doute d'autres praticiens ont imaginé avant moi, et reinventeront après, permet aux femmes de prendre, sans fatigues, au lit, dans l'immobilité la plus complète, et avec la plus grande facilité, des irrigations fort longtemps continuées; il en est qui s'endorment pendant que dure l'injection. Et cependant j'ai renoncé à ce moyen si pratique car j'ai définitivement renoncé à l'irrigation, qui me semble être — ou à peu près — l'application d'une simple erreur anatomique. On a pensé que le meilleur moyen d'atteindre l'utérus malade est la voie vaginale ; c'est vrai pour le col, de beaucoup la partie la moins importante de l'organe, mais c'est inexact pour le corps et pour les vaisseaux qui l'abordent ; on n'a qu'a faire le toucher rectal pour savoir quelle est la saillie de la matrice qui bombe dans l'ampoule; l'eau chaude que nous accumulons dans le rectum par un lavement, baignera les deux tiers environ, la surface postérieure, les deux bords et le fond de l'utérus. Certes, nous ne banissons pas les irrigations vaginales, mais, dans le traitement, elles nous paraissent n'avoir qu'une importance bien inférieure à celle du lavement.

La technique en est simple : tous les matins, une demi-heure avant de se lever, la malade doit avoir, sur une table de nuit, un irrigateur pouvant contenir au moins un litre de liquide. On le remplit d'eau dont la température, une fois le récipient réchauffé, doit être encore de 55 degrés. Il serait même bon, par des essais successifs, de savoir quelle est la température de l'eau, non dans l'irrigateur lui-même, mais lorsqu'elle arrive au bout du tuyau d'écoulement et de l'extrémité de la canule. La malade introduit la canule dans l'anus et ouvre le robinet, mais peu à peu, de façon à ce que l'intestin ne se révolte pas ; si des contractions trop énergiques se faisaient, ou même si l'on éprouvait une sensation de plénitude trop accentuée, on arrêterait l'écoulement, car il faut conserver le lavement au moins une demi-heure. Lorsque cesse la réaction de la paroi intestinale on recom-

mence, toujours avec les plus grands ménagements et l'on s'arrête lorsqu'on sent qu'on ne saurait dépasser, sans l'expulser la quantité introduite déjà dans le rectum. Puis on demeure dans l'immobilité et, au bout d'une demi-heure, on se lève, on rend son lavement et la médication est terminée par une injection vaginale. On recommence ainsi chaque matin et parfois même chaque soir, jusqu'aux apparitions des règles pendant lesquelles la suspension des lavements est de rigueur.

Cette méthode si simple, que je combine toujours avec l'antisepsie vaginale et utérine, m'a donné de superbes résultats dans le traitement des métrorrhagies et des inflammations de l'utérus et des annexes. Vous savez que nous commençons par des lavements le traitement de toutes les affections utéro-ovariennes qui entrent dans notre service, à ce point que le mot d'ordre est donné et que, à défaut de nos internes, la surveillante de notre salle de femmes l'institue de son autorité à chaque nouvelle malade qui est reçue dans la salle de gynécologie. Sous son influence, jointe il est vrai, au repos horizontal, on voit très rapidement les souffrances s'atténuer : les douleurs des reins disparaissent, la sensation de pesanteur et peu à peu les signes physiques s'amendent d'une façon très appréciable. J'ai vu des écoulements sanguins, que rien jusqu'alors n'avaient pu tarir, s'arrêter tout à coup, aussi bien dans des cas de corps fibreux que pour des emdométrites hémorrhagiques. Depuis les quelques mois que vous suivez le service, vous en avez observé au moins quatre cas des plus nets et je n'insiste pas.

Il en est de même dans les inflammations péri-utérines. Vous savez l'activité du service gynécologique que nous a légué M. Polaillon et le nombre considérable de maladies des annexes et surtout d'ovaro-salpingites que nous avons à soigner. Eh bien, combien en opérons-nous ? A peine une sur trois ! On voit sous l'influence du repos et de notre traitement, la plupart des phénomènes subjectifs s'amender : puis, peu à peu l'empâtement des culs-de-sacs devient moindre, des tumeurs très nettes que l'on circonscrivait par le toucher bi-manuel finissent par s'atténuer, à tel point que les malades ne sentent plus le besoin d'une opération et que venues avec le désir et la décision de subir une laparotomie elles demandent d'aller reprendre leur travail. Ce n'est guère, je vous le répète, qu'une fois sur trois que les souffrances persistent, que la marche continue à entraîner de la pesanteur dans les reins, que les écoulements sont aussi abondants, et que la tumeur que révèle la palpation s'accroît ou reste aussi volumineuse.

Je sais bien que quelques-unes de ces malades nous reviennent; avec le travail et la cessation du traitement et des soins de l'hôpital les accidents reparaissent et l'opération, en définitive, n'a été que retardée. Pas toujours, cependant, et nous avions la semaine dernière, une jeune femme qui, en avril, nous avait quitté guérie, pour nous revenir au commencement de juin avec de nouveaux accidents, mais bien plus légers que la deuxième fois; après quelques jours de notre traitement, la nouvelle poussée avait disparue et l'opération, décidée en principe, renvoyée encore et peut-être définitivement. On pourrait objecter que plusieurs de nos malades qui ne reviennent pas, vont dans d'autres services faire appel à des chirurgiens plus entreprenants. C'est possible, car nous constatons bien souvent l'entrée dans nos salles de malades dont le traitement a commencé ailleurs et

nous ne devons pas échapper au sort commun. Aussi, n'avons-nous retenu, d'une manière formelle, à l'actif du traitement par l'eau chaude que les malades de notre clientèle civile, que nous connaissons et que nous avons pu suivre.

J'ai soigné, il y a deux ans, une femme qui, sept mois après sa dernière couche, fut prise d'écoulements leucorrhéïques abondants, de pesanteurs dans les reins, de douleurs dans le bas-ventre qui rendaient la marche à peu près impossible et les trois quarts du mois se passaient sur une chaise longue. Un médecin avait ordonné les eaux de Salies-de-Béarn qui donneraient quelques forces à la malade, mais la plupart des accidents persistèrent et, lorsque je fus appelé, je constatai l'existence d'un col assez gros, ulcéré, d'un utérus volumineux, d'un empâtement douloureux du cul-de-sac droit, d'une tumeur du volume d'une mandarine qui distendait le ligament large gauche et qu'on circonscrivit très bien par le toucher bi-manuel. Un de mes collègues avait proposé la laparotomie qui répugnait beaucoup à la malade. Je prescrivis les lavements bi-quotidiens d'eau chaude; l'amélioration fut rapide et, au bout de troismois et demi, on ne trouvait plus trace de tumeur. Un retour offensif est survenu l'année dernière, mais il a été de courte durée. Et, depuis un an, notre jeune femme, sans être d'une très robuste santé, est aussi alerte qu'avant sa grossesse.

Une femme de 35 ans, dont la dernière grossesse remontait à 25 ans, me fut envoyée du midi de la France par un de mes collègues pour des troubles dyménorrhéiques rebelles, des douleurs vives pendant la marche et même pendant la station verticale, du ténesme vésical, de la dysurie et une dyspepsie inquiétante. Le toucher révélait l'existence d'un utérus volumineux avec une double tumeur ovaro-salpingienne un peu plus marquée à gauche qu'à droite. Les pertes rouges et blanches étaient abondantes et je croyais qu'une laparotomie serait indispensable. En attendant le moment favorable, la malade fut mise au traitement à l'eau chaude; dès la première semaine, l'amélioration était telle que d'un commun accord l'opération fut renvoyée à plus tard et le traitement continué; les douleurs cessèrent, la double tumeur s'affaissa, d'abord la plus volumineuse qui avait disparu complètement au bout d'un mois; à droite persistait un léger noyau et le catarrhe muco-purulent, bien qu'atténué, inquiétait encore la malade. Un curettage amena non une guérison complète, mais une amélioration considérable, et à cette heure, notre patiente, qui ne veut plus d'une opération, en est quitte pour rester étendue tous les mois pendant les deux jours où les règles sont les plus abondantes.

J'ai vu, avec un de mes collègues des hôpitaux, une jeune dame de 21 ans qui, à la suite d'une fausse couche, avait été prise de leucorrhée et de vives souffrances dans le petit bassin; le palper bi-manuel, très douloureux d'ailleurs, révélait l'existence d'une tumeur du volume d'une mandarine à droite et d'un empâtement diffus, mal appréciable à gauche; les ovaires étaient dans le cul-de-sac postérieur; l'utérus étaitpresque immobile. Nous avions porté le diagnostic de pyo-salpinx double et l'hystérectomie vaginale était décidée; que retardèrent certaines circonstances. Le traitement à l'eau chaude avait été instituée; la malade s'en trouva si bien que, au bout de trois semaines, après une époque menstruelle beaucoup moins douloureuse, elle demanda de continuer le traitement avant d'arriver à l'extirpa-

tion. A cette heure, un an après les premières applications de l'eau chaude, la guérison est à peu près complète, les culs-de-sac sont libres, indolores à la pression et à peine reste-il encore une sorte de raideur du ligament large à droite ; mais l'utérus est mobile et les troubles fonctionnels presque nuls.

Je conclus de ces trois faits, — et je pourrais en citer encore deux autres à l'appui de cette thèse, — que si la plupart des gynécologistes ont eu des succès avec les injections vaginales d'eau chaude, ils en obtiendraient de bien plus grands avec les lavements, ce que la physiologie, ou mieux l'anatomie nous explique suffisamment, l'utérus étant plus accessible par le rectum que par le vagin. J'en conclus que, avant d'avoir recours à la laparotomie ou à l'hystérectomie vaginale, opération excellente et à qui nombre de femmes doivent une véritable résurrection, il me paraît sage, néanmoins, d'y surseoir pendant quelque temps pour voir ce que donnerait le traitement rationnel au lavement chaud ; j'en conclus enfin, revenant sur l'ensemble de cette conférence, que l'eau, à la température de 50 à 55 degrés, nous rend en chirurgie des services inappréciables.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 juillet 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Mécanique physiologique des accidents primitifs de la chloroformisation

M. Laborde se défend de l'opinion que lui attribue M. A. Guérin, qui lui fait dire que l'arrêt du cœur dans la chloroformisation ne se trouve pas sous la dépendance de réflexes, dont le point de départ est dans la membrane muqueuse des fosses nasales.

M. Guérin répond que, pour M. Laborde, dans l'arrêt du cœur dans la chloroformisation, il intervient autre chose que les nerfs de la muqueuse nasale, puisqu'il admet l'action des expansions des laryngés supérieurs; pour lui, ce sont les nerfs nasaux seuls et exclusivement qui déterminent d'une façon réflexe cet arrêt. Les nerfs nasaux, influencés directement par le chloroforme, transmettent cette influence au pneumogastrique par l'intermédiaire du bulbe rachidien et ils tendent à suspendre la respiration non par l'inhibition des laryngés supérieurs, mais par l'inhibition des nerfs laryngés inférieurs ou récurrents qui innervent les muscles respiratoires du larynx.

M. Ollivier lit un rapport sur les modifications à apporter aux règlements relatifs à la **durée de l'isolement, dans les écoles et les lycées, des élèves atteints de maladies contagieuses.**

Les maladies contagieuses qui peuvent entraîner l'exclusion des établissements scolaires pendant un temps plus ou moins long sont : les fièvres éruptives (rougeole, scarlatine, variole et varioloïde), la varicelle, la diphtérie, la coqueluche et les oreillons.

Il est aujourd'hui reconnu que la rougeole, contagieuse surtout à la période d'invasion, c'est-à-dire au moment de l'hypersécrétion catarrhale de la conjonctive et des muqueuses aériennes, l'est encore, mais à un moindre degré, à la période d'éruption, puis cesse de l'être avec elle. Par conséquent, un isolement de vingt-cinq jours, à partir de l'invasion, semble beaucoup trop long et doit être abrégé. En portant sa durée à seize

jours, on peut être assuré que la maladie n'est plus contagieuse à ce moment. Du reste, on ne devra permettre au malade de retourner au milieu de ses condisciples qu'après avoir pris un ou deux bains savonneux.

Il n'y a pas lieu de s'occuper de la rubéole ou roséole épidémique, petite fièvre éruptive qui n'a aucune parenté avec la rougeole, de même que la varicelle avec la variole. Elle paraît contagieuse pendant la période d'éruption.

En ce qui concerne la scarlatine, il est depuis longtemps acquis que la maladie est contagieuse pendant la période d'éruption et de desquamation, surtout pendant cette dernière; mais si certains faits permettent de supposer que la transmissibilité peut se faire pendant les prodromes, avant toute manifestation cutanée, ils ne sont en réalité pas suffisamment probants. A l'heure actuelle, ce qu'il est fort difficile de déterminer, c'est le temps que la desquamation met à s'effectuer. En général, terminée au bout de six semaines, elle se prolonge parfois pendant trois mois. Il en résulte que la durée de l'isolement pour la scarlatine, fixée à quarante jours, peut, au premier abord, paraître insuffisante. Il est possible cependant d'abréger cette durée, grâce aux progrès de l'antisepsie: on rendra plus rapide la desquamation au moyen de frictions et de bains savonneux; on nettoiera les fosses nasales, la bouche et la gorge par des lotions répétées.

On peut en dire autant des affections varioleuses proprement dites (variole et varioloïde) par rapport à la durée de leur transmissibilité. Contagieuse à toutes ses périodes, la variole a un pouvoir infectieux qui va en augmentant des premiers jours à la période de suppuration et persiste jusqu'à la chute de la dernière croûte. Mais, ici encore, les moyens hygiéniques permettent de la restreindre d'une façon notable. L'isolement de quarante jours peut donc être considéré comme suffisant.

Quant à la varicelle, elle est incontestablement contagieuse; toutefois, elle l'est moins que la rougeole. Nous ne possédons encore que très peu de notions sur la durée de sa contagiosité, aussi est-il difficile d'établir d'une manière précise le temps qu'il serait nécessaire d'isoler les enfants qui en sont atteints.

Pour la diphtérie, les recherches de Roux et Yersin ont prouvé que des microbes virulents se rencontrent dans la gorge d'enfants guéris ou convalescents, douze et même quatorze jours après la disparition des fausses membranes. L'isolement de quarante jours exigé pour les enfants atteints de diphtérie peut être maintenu.

La contagiosité de la coqueluche est presque instantanée: il suffit, comme pour la rougeole, d'un contact de quelques minutes; elle paraît avoir son maximun d'intensité pendant la période des quintes, mais elle ne s'éteint pas avec celle-ci. Aussi sera-t-il prudent de conseiller l'isolement plusieurs semaines après la disparition complète des quintes.

Les oreillons sont également contagieux, mais il n'est pas encore possible de fixer avec exactitude la durée de cette période de transmissibilité. Aussi convient-il de maintenir l'isolement quelques jours après la guérison complète.

M. Ollivier termine son rapport par des conclusions qui fixent les limites de transmissibilité des maladies contagieuses: quarante jours pour la scarlatine, la variole, la varioloïde et la diphtérie; seize jours pour la rougeole et la varicelle; trois semaines après la cessation des quintes pour la coqueluche; dix jours après la disparition des symptômes locaux pour les oreillons, et demande à ce qu'il soit créé dans chaque établissement scolaire une chambre d'isolement, où l'antisepsie la plus rigoureuse et la désinfection pourront être pratiquées.

M. Lancereaux trouve que la durée de l'isolement dans la scarlatine, fixée à quarante jours par le rapporteur, est beaucoup trop longue; pour lui, il suffirait de trois semaines d'isolement pour éviter tout contage.

M. G. Sée estime, au contraire, que quarante jours d'isolement sont insuffisants et il rapporte des exemples qui établissent la contagion au bout de soixante-quinze jours.

M. Ollivier répond que quarante jours est une moyenne et que, si la transmissibilité n'arrive pas jusqu'à cette limite, il est tout au moins dangereux pour le malade de sortir avant cette date, il faut craindre le refroidissement et l'apparition d'une néphrite.

M. Lancereaux insiste sur ce point, que seule la transmissibilité doit entrer en ligne de compte pour déterminer l'isolement et ajoute malicieusement qu'il voudrait bien voir M. G. Sée, collégien, atteint de scarlatine, et tenu enfermé durant quatre-vingts jours.

M. Hérard accepte le terme de quarante jours et rappelle l'opinion de Barthet, qui disait n'observer aucun accident scarlatineux lorsqu'il gardait son malade au lit pendant trente jours.

Les conclusions du rapporteur sont votées par l'Académie.

M. Hervieu lit un rapport sur le service de la vaccination pratiquée à l'Académie, et insiste sur la nécessité des revaccinations, surtout en ce moment-ci où la variole, qui avait à peu près disparu, tend à renaître.

M. Budin rapporte plusieurs observations qui établissent les bons effets de l'alimentation des nouveau-nés au moyen du lait stérilisé.

M. Cadet de Gassicourt lit une lettre de M. Laborde, relatant une observation de M. Massart, relative au rappel à la vie d'un nouveau-né grâce aux tractions rythmiques de la langue, alors que les autres procédés avaient été inefficaces.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 juillet 1893. — Présidence de M. Dareste

Sommaire : MM. Gibert : Action du bicarbonate de soude sur le chimisme stomacal. — Cadiot et Roger : Action des toxines microbiennes sur la sueur.

M. Gilbert étudie, depuis deux années, l'action du *bicarbonate de soude sur le travail chimique de l'estomac chez le chien.* — Des expériences très multipliées ont été faites avec des eaux bicarbonatées sodiques naturelles (eau de Vichy) et avec des eaux artificielles d'un faible titre (15 grammes de bicarbonate de soude par litre). Les principales conclusions qui s'en dégagent sont les suivantes :

Introduit à haute dose dans l'estomac du chien, en même temps que la viande, le bicarbonate de sou e impose au contenu gastrique une action alcaline pendant une demi-heure.

L'acidité n'apparaît qu'au bout et à temps pour augmenter progressivement.

L'augmentation du chlore total est initialement, c'est-à dire pendant le premier quart d'heure, très notable; elle est moins accusée après une demi-heure et devient nulle au bout de trois quarts d'heure. Les combinaisons organiques du chlore font défaut, de même que l'acidité pendant une demi-heure et se montrent pour augmenter graduellement à partir de ce moment. Bref, à haute dose, le bicarbonate de soude a une action telle sur le contenu stomacal, qu'au bout d'une heure celui-ci n'est pas beaucoup plus riche en acide et en chlore organique combiné que le contenu stomacal normal après une demi-heure.

A faible dose, le bicarbonate de soude a sur le chimisme gastrique une action beaucoup moins intense, mais orientée dans le même sens. Il entraîne une diminution de l'acidité, qui, notable pendant un quart d'heure, est moins sensible au bout d'une demi-heure et disparaît au bout de trois quarts d'heures. Il détermine une augmentation du chlore total, peu considérable à la vérité, mais certain et se poursuivant de même

que l'affaiblissement du degré acide pendant une demie-heure pour disparaître au bout de trois quarts d'heures. Quant à son action dépressive sur les combinaisons organiques du chlore, elle est minime, inconstante même, et lorsqu'elle existe au bout d'un quart d'heure devient déjà douteuse après une demi-heure.

Administrée une heure après la viande, l'eau de Vichy abaisse au moins pendant une demi-heure le taux acide du contenu stomacal et les chiffres qui expriment sa teneur en chlore total et en chlore organique combiné.

Administrée une demi-heure avant, elle amène pendant une demi-heure une diminution dans l'acidité du contenu gastrique, exerce une très légère action dépressive sur le chlore, mais par contre provoque la production d'une quantité anormale d'acide chlorhydrique.

Dans leur ensemble, ces résultats sont superposables à ceux qui ont été obtenus chez l'homme à l'état pathologique. Ayant prescrit avant le repas de petites doses de bicarbonate de soude à des malades atteints d'hyperpepsie, M. Hayem a constaté au bout de plusieurs semaines l'existence d'une excitation stomacale plus ou moins prononcée se traduisant par une augmentation du chlore total et surtout de l'acide chlorhydrique libre.

D'autre part, ayant fait ingérer à des hyperpeptiques des doses fortes de bicarbonate de soude dans le cours des digestions, il a noté presqu'invariablement avec une diminution de l'acide totale l'abaissement de la chlorurie et de la chlorhydrie.

Le bicarbonate de soude peut donc être nuisible ou utile dans l'hyperpepsie, il est nuisible quand il est administré avant les repas, puisqu'il exagère le trouble fonctionnel que l'on se propose de combattre ; pour être utile il doit être ingéré pendant ou après le repas et la quantité prescrite doit être proportionnelle au degré de l'état pathologique.

Dans l'hyperpepsie, l'action du bicarbonate de soude n'a pas été étudiée, mais elle peut être déduite, le bicarbonate de soude pris avant le repas, à petite doses, exercerait une action utile, alors qu'ingéré dans le cours de la digestion il aurait une action nuisible

— MM. Cadiot et Roger. Les toxines microbiennes sont-elles capables d'influencer la sécrétion sudorale ? Pour répondre à cette question nous avons entrepris quelques expériences sur des chevaux et des chats c'est-à-dire sur des animaux capables de transpirer. Nous avons d'abord expérimenté la tuberculine, les résultats ont été négatifs ; cette substance n'a aucune action sur la sueur.

Nous avons alors étudié la malléine. Cette substance a été injectée à 4 chevaux, par voix intra-veineuse, aux doses de 1 gramme, 2 grammes, 2 gr. 30 et 2 gr. 50.

Dans tous les cas on a vu la sueur apparaître trois minutes après l'injection et persister pendant un temps qui, suivant la dose, a varié de six à 40 minutes. La température pendant toute la durée de l'expérience n'a subi aucune modification. On ne peut donc invoquer l'hyperthermie ; il faut admettre une action spéciale sur l'appareil sudoral. Lorsque l'on sectionne le sciatique d'un côté, la malléine ne produit la sudation que du côté non énervé. A l'inverse de la pilocarpine, elle agit donc en actionnant les centres sudoraux.

COURRIER

Hôpitaux de Paris. — Un nouveau service de chirurgie (chroniques) vient d'être créé à l'hôpital Trousseau.

Faculté de médecine de Lyon. — MM. Commandeur, Siraud et Durand sont nommés aides d'anatomie.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 juillet 1893, la chaire de médecine opératoire de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Prenant, agrégé, est chargé du cours d'histologie.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Mourier est nommé aide de physiologie.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le docteur Vignon est chargé d'un cours complémentaire des maladies des organes génito-urinaires (emploi nouveau).

Distinctions honorifiques. — Le roi d'Italie vient de conférer le brevet et les insignes de l' rdre de la Couronne d'Italie à M. le docteur Prosper de Pietra Santa, déjà chevalier de l'Ordre des Saints Maurice et Lazare.

— Par décret en date du 19 juillet 1893, ont été nommés chevaliers du Mérite agricole :

M. Aubert, médecin à Saint-Sauveur ; MM. les docteurs Bonnet, maire de Lignières ; Boutequoy, à Châtillon-sur-Seine ; Cazeneuve, à Lyon ; Desclaux, maire de Haut-Manco ; Lavit, à Cessenou ; Léonardon-Lapervenche, à Ribérac ; Mattéo, maire de Roquebillière ; Pradel, à Sorges ; Raillard, à la Charité-sur-Loire ; Raymond, à Eymoutiers ; Reignier, à Vichy ; Vielle, à Pey.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES. — La date d'ouverture des épreuves écrites pour le concours d'admission à l'Ecole de Bordeaux est fixée au 2 août prochain, dans chacun des ports de Brest, Rochefort et Toulon. Les examens écrits à subir par les médecin auxiliaires de 2e classe, actuellement en cours de stage dans les écoles annexes de médecine navale, commenceront également le 2 août, à huit heures du matin.

Le jury de concours pour l'admission à l'École de Bordeaux sera composé de MM. Auffret, directeur à Rochefort, président ; Duchâteau, médecin en chef, à Brest ; Chalmé, pharmacien en chef, à Toulon.

Pour les examens des médecins stagiaires, M. le pharmacien en chef Chalmé sera remplacé à Paris par M. le médecin en chef Rouvier ; à Rochefort, par M. le médecin en chef Bourru ; à Toulon, par M. le médecin principal Fontan, et à Brest, par M. le médecin principal Guyot. Les membres suppléants, s'il y a lieu, seront désignés dans chaque port par le directeur du service de santé.

En ce qui concerne l'Ecole de Bordeaux, seront seuls admis à prendre part au concours du 2 août prochain, les élèves sortant des écoles annexes et en possession du premier examen de doctorat pour la médecine et de l'examen de validation de stage pour la pharmacie.

Le programme du concours sera celui qui a été fixé par l'arrêté du 12 octobre 1891.

Le nombre des élèves à admettre après concours à l'Ecole de Bordeaue est fixé à 50, dont 48 pour la médecine et 2 pour la pharmacie. Cinq anciens étudiants, MM. Olivier, Féraud, Imbert, Judet de la Combe et Laborde, soldats dans les régiments d'infanterie, subiront à Toulon les épreuves d'admission.

— M. le médecin de 2e classe de la marine F.-A. Moussoir, détaché hors cadre comme médecin civil à Rufisque (Sénégal), est réintégré dans le service actif, pour compter du 5 septembre 1893.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE HUMAINE ET ANIMALE

(3e session)

Le troisième Congrès de la tuberculose a tenu sa séance d'ouverture jeudi dernier à deux heures de l'après-midi dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Le fauteuil de la présidence était occupé par le professeur Verneuil, qui avait à ses côtés le doyen, M. Brouardel, M. Laboulbène, président de l'Académie de médecine, M. Nocard, de l'école d'Alfort, le baron Larrey et MM. les professeurs Cornil, Proust, Hayem, Strauss, Le Dentu, Poncet (de Lyon)... De nombreux étrangers, venus pour s'associer aux travaux du Congrès, avaient aussi pris place sur l'estrade et nous devons citer parmi ceux-ci : MM. Stubbe, Degine, Mosselman (de Belgique), M. Thomassen (de Hollande), M. Siegen (du Luxembourg), M. Calmann Muller (de Hongrie), M. Zoeros, pacha (de Turquie).

Suivant les usages reçus, le président a d'abord pris la parole. Avec ce charme que tout le monde lui connaît, M. Verneuil a fait d'abord l'historique du Congrès de la tuberculose et a montré son extension toujours croissante.

Il nous est malheureusement impossible de suivre l'orateur pas à pas et de retracer les beaux passages de son discours. Rappelons seulement qu'il a montré combien l'œuvre scientifique de la tuberculose était essentiellement française, et a rendu, comme il aime à le faire dans toutes les circonstances, hommage à la grande découverte de notre compatriote Villemin. Passant ensuite au but de l'œuvre de la tuberculose, il a fait ressortir toute

FEUILLETON

Une Amputation en mer

On avait tout de même appareillé, malgré une baisse persistante et inquiétante du baromètre qui nous avait retenus au mouillage depuis deux grands jours. Las d'attendre que le mercure se décidât à remonter dans son tube de verre, le commandant, tout d'un coup, après le déjeuner, avait fait lever l'ancre et on était parti. C'était un de ces petits temps brumeux et froids de la fin de décembre, où le ciel, tout gris, paraît tellement bas, qu'on ne serait pas surpris si quelques-uns des nuages en loques, arrachés par la bise au dôme de brouillard et qu'elle emporte à travers l'espace comme de vagues fumées, venaient s'accrocher aux paratonnerres de la pomme des mâts. La mer glauque, clapoteuse, dure, avec de petites lames courtes qui s'écrêtent rageusement, avait l'apparence mauvaise qui fait dire aux marins : « Cela va *bouffer* tout à l'heure ». Et réellement cela « bouffa » très vite et très fort. Avant le soir, à quelques milles à peine

son utilité et toutes les chances de succès qui lui étaient données par la qualité même des hommes qui en faisaient partie. Ce ne sont pas seulement des médecins qui composent cette réunion de savants, mais encore des chirurgiens, des vétérinaires, des hommes de toutes les branches scientifiques.

Déjà les bienfaits de ces travaux se sont faits sentir. Par ses soins, des instructions prophylactiques ont été établies et une *ligue de la tuberculose*, due à l'initiative du docteur Armaingaud (de Bordeaux), se charge de porter partout la bonne parole. De nombreuses conférences ont été déjà faites dans plusieurs villes de France, et leur nombre n'ira qu'en augmentant. « Le train est donc en marche » et rien ne pourra le faire dérailler.

M. Verneuil termine son discours en faisant l'éloge des présidents des deux premiers Congrès qui étaient Chauveau et Villemin. C'est lui qui sera le troisième et disons que ce n'est que justice, car l'œuvre de la tuberculose est éminemment sienne et ne peut trouver un meilleur apôtre.

Après la lecture des noms des membres qui sont nommés présidents d'honneur et la désignation des secrétaires, le Congrès commence immédiatement ses travaux par la lecture d'un intéressant travail de M. Babes (de Roumanie) et d'une non moins intéressante étude de M. Nocard sur la tuberculose des Bovidés, les moyens de la reconnaître de bonne heure par les injections de tuberculine et les précautions qu'il faut prendre pour empêcher ces animaux de se contagionner entre eux.

L'*Union médicale* rendra compte, soit dans le cours du journal, soit dans sa revue de l'Hygiène, des communications qui intéressent le médecin et l'hygiéniste.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La question du régime alimentaire des opérés, soulevée par M. Lucas-Championnière dans la dernière séance, ne devait pas rester sans écho et

---

de la côte, nous étions en plein coup de vent et l'on avait pris la cape. Le bâtiment était un transport de l'Etat, bondé d'équipage et de passagers, encombré de malles et de colis qu'on n'avait pas eu le temps d'arrimer, et que le roulis ballottait d'un bord à l'autre avec des bruits sinistres. Sous le choc des grosses lames, la mer giclait à travers les jointures peu hermétiques des sabords, inondait la batterie où on en avait jusqu'au-dessus de la cheville et, suivant l'inclinaison du navire, toute cette eau se précipitait alternativement contre chacune des deux murailles en un grondement de torrent. Sur ce fond d'orchestre se détachaient, à courts intervalles, un cri, une plainte de femme et surtout les raucités âpres et rudes qui accompagnent les violentes contractions stomacales ; c'était le mal de mer qui faisait des siennes.

Vers onze heures du soir, j'étais allongé sur ma couchette (il est presque inutile d'ajouter que je ne dormais pas) lorsqu'on vint me prévenir qu'un accident grave était arrivé. Un violent coup de mer avait frappé le gouvernail, fait changer la barre brusquement, et l'un des quatre hommes qui étaient à la roue, sur le pont, avait eu la jambe broyée par le choc des rayons. Je me rendis à l'infirmerie, o arrivèrent en même temps que moi, et au prix d'égales difficultés, le médecin de 2e classe du bord, deux médecins passagers, le commandant et l'aumônier. Le blessé, un gabier tout jeune,

M. Nicaise, à propos du procès-verbal, a pris le premier la parole sur ce sujet.

Après avoir examiné l'influence que peuvent avoir et l'hyperazoturie et l'hypoazoturie sur la guérison des blessés, il examine les causes susceptibles de déterminer ces changements dans la sécrétion rénale. Il trouve qu'elles sont encore englobées d'une certaine obscurité ; mais, comme M. Championnière, il soigne le régime de ses opérés et avec la compétence qu'on lui connaît dans ce qui touche à l'histoire de la médecine, rappelle la pratique des anciens et notamment celle de Mondeville, qui discute dans son livre cette question de très près. Ce vieil auteur classe les chirurgiens en deux sectes, les *Salernains* qui défendent la diète et les autres qui sont partisans d'une légère alimentation avec usage du vin ; mais en petite quantité, comme le dit Mondeville, et qui aussi n'hésitent pas à purger leurs malades.

M. Verneuil a aussi étudié la question. Frappé des résultats médiocres que Lisfranc obtenait en laissant ses malades mourir de faim, et, au contraire des succès de Philippe Boyer qui les nourrissait, il a donné à manger à ses opérés et s'en est bien trouvé. Mais ceci se passait avant le chloroforme, et M. Verneuil fait remarquer et, avec grande raison, combien cet anesthésique a une importance capitale dans la question. La diète est forcée après les inhalations chloroformiques, puisque le malade refuse de lui-même toute nourriture ; aussi a-t il pour principe de ne rien donner à manger pendant les premières vingt-quatre heures. Aujourd'hui, du reste, avec l'hémotase parfaite à laquelle arrive le chirurgien, la dépression n'est pas bien grande et il n'est pas comme autrefois besoin de remonter son opéré. On devra, du reste, ne pas avoir une règle uniforme, et se guider sur la nature de la blessure, les pertes de sang subies par le patient, pour fixer son régime alimentaire.

A tout ceci, M. Championnière répond que ce ne sont pas seulement des vues théoriques qui l'ont guidé, mais que l'observation clinique est là, et pour sa part il a toujours remarqué que, lorsqu'il ne nourrissait pas ses

---

avait été déposé sur une longue table garnie d'un matelas ; l'infirmier lui avait déjà décousu son pantalon, et le membre mutilé pendait devant nous, tellement haché, que l'amputation s'imposait irrévocablement. L'urgence en était même absolue à cause de l'hémorrhagie inquiétante. Un coup d'œil échangé avec le commandant lui suffit à comprendre ma décision et à me transmettre son acquiescement. Il restait à décider le pauvre malheureux, qui ne se faisait guère d'illusion sur le résultat de notre muet examen. D'ailleurs ces hommes-là sont d'un stoïcisme et d'un courage vraiment admirables, et ils ont en leurs médecins-majors la même confiance calme, assurée, inébranlable, qu'ils ont en leurs chefs militaires. Aussi sont-ils tout de suite déterminés ; le temps d'une poignée de mains y suffit. « Ecoute, mon pauvre ami, tu vois qu'il n'y a pas moyen de garder ça ? » — « Faites à votre idée, major ; comme vous ferez, ce sera bien. »

Oui, certainement, la mer, l'air pur du large, presque pas de microbes, c'est excellent pour faire de la chirurgie. Mais des caractères de cette trempe ne sont pas non plus, je vous le garantis, une condition indifférente !

Pendant qu'on préparait l'appareil instrumental et l'appareil de pansement, l'aumônier s'était approché du blessé. Chacun de nous s'était éloigné respectueusement dans

opérés, ils allaient très bien ; qu'au contraire, quand il leur donnait à manger, la langue devenait saburrale, l'état général était mauvais et force était de prendre le régime diététique

Cette réponse de M. Championnière, qui met encore en relief certains points dont nous avons déjà parlé, clôt le débat, et M. VERNEUIL monte à la tribune pour exposer les résultats auxquels est arrivé le docteur Beugniès (de Givet), dans son enquête sur la marche du tétanos dans la localité appelée le Petit-Givet. Là se trouve un ruisseau, la Houille, se jetant dans la Meuse, et sur les bords duquel sont construites dix usines dans lesquelles on travaille les peaux.

Le premier cas de tétanos y apparut en 1883 sur une petite fille atteinte de brûlure et ce ne fut qu'en 1886 que se déclarèrent les autres dans les maisons et les usines avoisinantes. Il était curieux d'examiner les échantillons de terre recueillie dans les différents foyers. C'est ce que fit M. Beugniès, qui ne trouva pas le bacille dans le sol du premier local infecté, et cela peut s'expliquer facilement puisque cinq ans s'étaient écoulés entre l'apparition du tétanos et l'examen de la terre suspecte ; mais dans les endroits où la maladie se montra en 1888, le sol était partout tétanifére. Il existait donc là *une tache tellurotétanique* d'une certaine étendue, mais s'arrêtant à 400 mètres des usines, car l'échantillon pris à ce niveau ne dénotait la présence d'aucun bacille.

Il est incontestable, dit M. Verneuil, qu'ici ce sont les peaux qui ont contaminé la terre et la chose est facile à comprendre à cause du contact, et de l'absorption des déchets des usines. Et l'orateur examine jusqu'à quelle profondeur le poison tétanique est susceptible de pénétrer. On croyait qu'il ne franchissait pas plus de 30 centimètres ; mais des recherches récentes ont montré qu'on pouvait le rencontrer jusqu'à deux mètres, surtout dans les champs où un animal mort de tétanos avait été enterré.

Il est aujourd'hui inutile d'insister sur l'importance de la transmission de cette terrible affection de l'animal à l'homme ; mais des statistiques bien faites et nouvelles sont toujours intéressantes et M. Verneuil cite d'abord

---

les limites permises par l'étroitesse du local, et nous assistions à cette confession naïve avec une émotion que nul ne songeait à dissimuler. Bientôt l'abbé se releva, prononça à voix haute les paroles sacramentelles, puis il sortit avec le commandant, et nous nous mîmes en mesure d'opérer.

On avait mis un peu partout, là où l'on avait pu, les grosses bougies des fanaux de combat. On les collait sur les étagères, sur les tablettes, en laissant couler d'abord une petite flaque de cire où le refroidissement les faisait adhérer. De plus, quelques hommes tenaient à la main d'autres bougies, pour éclairer de plus près le champ opératoire. Tout cela se faisait au milieu de cette eau qui, à chaque coup de roulis, se ruait, nous montant maintenant jusqu'aux genoux, et, à chaque instant, il fallait s'arrêter, suspendre la besogne, pour résister à une inclinaison plus forte ou plus rapide, s'accoter, se cramponner, pour ne pas être projeté.

Des quatre médecins qui se trouvaient là, trois étaient indemnes de mal de mer. Le quatrième en souffrait affreusement. C'est lui qu'on chargea d'administrer le chloroforme, parce que l'opération en elle-même exigeait le concours des trois chirurgiens valides, dont l'un pour la compression : en ces temps, déjà quelque peu éloignés de nous, la bande d'Esmarck était encore inconnue.

celle établie par le docteur Beugniès, d'après les relevés des cas qui se sont produits pendant quinze années dans l'armée française. Il arrive à trouver deux cavaliers morts du tétanos pour un fantassin. Le docteur Regnier, cité aussi par M. Verneuil, trouve des chiffres encore plus significatifs, qui sont les suivants : 0,85 pour l'infanterie, 1,5 pour l'artillerie et 2,15 pour la cavalerie. Ces résultats se passent de commentaires. M. Verneuil termine son intéressante communication en montrant que la toxicité tétanique peut être passagère ou intermittente, qu'elle peut même disparaître complètement et qu'aussi on peut arriver à la détruire ; c'est le but vers lequel doivent tendre chirurgiens et hygiénistes.

M. Felizoet monte le dernier à la tribune pour déposer un travail destiné à être inséré dans les bulletins et dont nous n'aurions pas la teneur si ses collègues ne l'avaient prié de vouloir bien en exposer les conclusions.

Il s'agit de la démonstration, par la pathologie, des régions qui sont tributaires des différents groupes ganglionnaires du pli de l'aine et de l'aisselle. M. Felizet se base sur 80 observations et n'aurait pas songé à en faire part à la Société, si une récente communication dans une autre Soéiété, n'avait attiré son attention sur un point qu'il ne croyait pas d'une très grande importance. Il s'agit, à n'en pas douter, d'un travail présenté par M. Quénu à la Société anatomique et par lequel les groupes ganglionnaires du pli de l'aine, déjà nombreux, le sont devenus encore davantage

M. Felizet a contrôlé chez les enfants les faits suivants : les lésions de l'anus retentissent sur les ganglions horizontaux (groupe interne), les inflammations des organes génitaux sur les gang ions moyens, et les infections de la région des fesses et des lombes sur le groupe externe.

Pour les ganglions verticaux, divisés en deux groupes, c'est, si nous avons bien compris, le groupe supérieur qui se prend quand le pied et la jambe sont atteints, et le groupe inférieur qui s'enflamme quand les lésions siègent au genou et à la face interne de la cuisse, ce qui fait que ce sont les lésions les plus bas situées qui retentissent sur les ganglions les plus haut placés et *vice versa*.

J'ai rarement eu pitié de quelqu'un comme j'eus pitié, ce soir-là, du malheureux confrère qui donnait le chloroforme. Dans cette pièce, très basse de plafond, privée de toute aération et où fumaient quinze bougies, l'odeur douce et fade de l'anesthésique était plus écœurante que jamais et exaspérait la nausée. Je vois encore mon ancien collègue penché sur cette table, assujettissant d'une main le cornet sur le visage du blessé, tandis que, de l'autre bras, accoudé au rebord du matelas, il se soutient et se comprime le front pendant ses pénibles et incessants efforts de vomissement. Vingt fois on le supplia de quitter la partie et d'aller s'étendre dans sa cabine, il n'y eut pas moyen de lui faire quitter la place ; jusqu'au bout (et ce fut long), il resta là, malgré de cruelles souffrances, dans cette pièce chaude, humide, pleine de senteurs lourdes.

Il faut avoir vu faire de la chirurgie dans de pareilles conditions pour se faire une dée des difficultés qu'elle présente, à côté desquelles ce n'est plus qu'un jeu de faire tomber un membre dans une de ces belles salles d'opérations comme on les fait aujourd hui, où toutes les commodités et tous les avantages sont réunis.

On était obligé d'inciser au vol. Au moment où le navire, incliné d'un côté, se relevait pour s'incliner de l'autre, il y avait un temps très court, — deux secondes, trois secondes, — pendant lesquelles il était à peu près d'aplomb. C'est cet instant qu'il fallait saisir

M. Felizet a étudié de même les groupes ganglionnaires du coude et de l'aisselle ; mais un exposé forcément écourté des faits qu'il a contrôlés serait certainement insuffisant, et nous préférons renvoyer à la lecture de son intéressant travail.

Cette communication termine les travaux de la Société de chirurgie, qui entre en vacances. Nous faisons comme elle, et nous donnons rendez-vous à nos aimables lecteurs au premier samedi d'octobre.

EUGÈNE ROCHARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 20 juillet 1893. — Présidence de M. FOURNIER.

Syphilis rénale précoce

M. DARIER a examiné microscopiquement les reins d'un malade qui avait été atteint de syphilis rénal précoce avec œdème généralisé, dyspnée intense, bruit de galop, grande quantité d'albumine dans l'urine, etc. Les lésions étaient très accentuées et surtout parenchymateuses.

Certains tubes urinaires, groupés au nombre de 2 à 5, ont leur épithélium détaché et complètement transformé en amas de granulations protéiques et graisseuses ; dans presque tous les autres tubes, les cellules sont vacuolisées et diminuées de hauteur; quelques cylindres colloïdes et granuleux. Glomérulite très peu marquée ; lésions interstitielles absolument distinctes ; quelques petites hémorrhagies avec pénétration du sang dans les tubes urinifères. Les vaisseaux sont sains. En somme, néphrite diffuse, avec une grande prédominance des lésions parenchymateuses, qui sont intenses, mais au début de leur évolution.

---

pour faire les incisions, tailler et relever les lambeaux. Après un coup de bistouri rapidement donné, force était d'attendre, pour continuer, le retour d'un autre moment favorable. Parfois on l'attendait longtemps. Il arrive, en effet, à des intervalles dont on ne peut prévoir la durée, qu'une série de lames, plus hautes, plus dures, plus mauvaises que les autres, viennent augmenter l'amplitude et la brusquerie d'un roulis ou d'un tangage, qu'on croyait pourtant à leur apogée. Pendant qu'elles passent, il n'y a plus rien à faire qu'à déposer le scalpel dans le plateau, pour ne blesser ni soi ni les autres, et à employer toute sa force et toute son adresse pour se maintenir debout. Une demi-minute s'écoule ainsi, — elle paraît une heure, — puis on reprend l'instrument et la voltige chirurgicale recommence. Pour avoir le tableau complet d'une scène de ce genre, ajoutez à cela l'impossibilité d'une compression parfaite, que l'aide qui en est chargé abandonne inconsciemment sous la poussée de quelque coup de roulis plus intense qui l'oblige à s'accrocher au lit pour n'être pas projeté, le sang qu'on voit sourdre alors à flots de la profondeur de la plaie, et vous jugerez si une opération entreprise ainsi ne fait pas un peu l'effet d'une imprudente gageure.

Enfin, à travers toutes ces péripéties, les os sont sciés et le membre tombe. Il ne reste plus à faire que la plus difficile partie de la besogne : la ligature des artères. Elle serait

Dans un autre cas, M. Darier a constaté aussi une lésion parenchymateuse, mais, de plus, il y avait une glomérulite capsulaire fibreuse; l'épithélium des tubes urinifères était en état de dégénérescence fibreuse très marquée.

M. A. FOURNIER conclut de ces faits que la syphilis rénale peut être très précoce et que ses lésions sont celles d'une néphrite infectieuse vulgaire, mais à part les cas, de gomme rénale.

Sur l'origine animale des tricophyties de la barbe

M. SABOURAUD. — Lorsqu'au mois de février j'ai exposé à la Société les preuves de la pluralité des types trichophytiques à grosses spores, j'avais la conviction non pas la certitude qu'un grand nombre de ces espèces, précisément les plus rares chez l'homme, devaient avoir une origine animale.

C'est sur ce point qu'ont porté mes recherches depuis ce temps; la présente communication aura donc trait exclusivement :

1° Aux faits qui ont établi pour moi l'origine animale de certaines trichophyties;

2° Aux caractères histologiques spéciaux des mégalo-trichophytons animaux que lo'n rencontre sur l'homme;

3° A la proportionnalité des trichophyties d'origine animale dans le total des trichophyties humaines.

I. — J'ai pensé qu'avant toute autre recherche il convenait d'établir quelles sont les espèces trichophytiques ordinaires chez les animaux, et pour cela d'observer sur les animaux eux-mêmes les trichophyties qui surviennent spontanément chez eux Pour cela j'ai recouru à l'intermédiaire de vétérinaires civils et de vétérinaires de l'armée que je prends occasion de remercier ici.

J'ai pu, grâce à leur intermédiaire, dans les Compagnies de voitures et dans un régiment d'artillerie de province, pratiquer nombre de cultures trichophytiques partant de la lésion même du cheval. De plus, toutes les fois qu'un malade de l'extérieur m'a présenté ce commémoratif d'un animal malade, chat, chien, oiseau, ou bien j'ai été moi-même examiner l'animal, ou bien je me le suis fait apporter.

Ces cultures m'ont fourni tantôt des types, en petit nombre, que je ne connaissais pas encore, tantôt, au contraire, des cultures que j'avais obtenues de l'homme plusieurs fois.

---

peut-être simplifiée aujourd'hui, grâce à l'emploi des pinces à forcipressure, faciles à manœuvrer et qui sont bien en main. Mais nous n'avions là que les vieilles pinces à verrou, dites pinces à artères, et ce fut un dur moment à passer. Si vraisemblable que cela puisse paraître, l'hémostase seule dura une heure et demie, et quand elle fut terminée, nous étions absolument à bout de forces et de résistance.

Moins de quinze jours plus tard, nous avions la satisfaction de voir notre amputé en excellente voie de guérison. On était alors sous des cieux plus cléments, et le navire, à peine penché sous l'effort des brises délicieusement tièdes que sont les alizés, glissait sur la mer, d'un bleu profond. Chaque jour on apportait le convalescent sur la dunette, où le commandant faisait monter pour lui un fauteuil à la Voltaire. Et le pauvre petit gabier ne semblait pas avoir un regret pour le membre perdu. Son visage ne réflétait plus qu'une pensée, qui était une pensée heureuse : il songeait à la pension acquise qui lui faisait la vie assurée, et à la médaille militaire qu'on lui avait promis d'obtenir pour lui, qui la lui ferait honorée et enviée.

Oh! les braves gens!

Mais ces types de trichophytons animaux diffèrent essentiellement de ceux qui causent chez l'enfant la teigne tondante à grosse spore.

II. — Les trichophytons à grosse spore d'origine *humaine* ont pour caractéristique de végéter exclusivement *dans le poil lui-même*, sans dépasser son enveloppe cuticulaire.

Au contraire, les mégalo-tricophytons d'origine *animale envahissent constamment les éléments épidermiques de son follicule* et constituent ainsi à la racine du poil un fourreau externe de ramification mycélienne et de spores.

III. — Les trichophytons d'origine animale se renccntrent sur l'homme :

1° Deux ou trois fois sur cent cas de teigne tondante de l'enfance;

2° Environ trente fois sur cent cas de trichophytie cutanée;

3° *Quant aux trichophyties pilaires de la barbe, les 17 cas que j'ai observés étaient causés, sans exception, par des trichophytons animaux.*

Je n'appuierai pas sur l'importance de cette dernière proposition.

Il faut distraire des trichophyties *pilaires* de la barbe les trichophyties *épidermiques* et non pilaires occupant ce siège. Celles-là sont dues aux megalo-trichophytons d'origine humaine; elles n'envahissent jamais le poil adulte de la barbe.

Quant aux trichophyties pilaires, elles ont affecté trois formes cliniques correspondant chacune à un trichophyton spécial;

1° La trichophytie à dermite profonde-sycosique, due au mégalo-trichophyton du cheval (culture blanche);

2° La trichophytie à dermite légère, disséminée, humide, due à un second trichophyton observé aussi sur le cheval, mais qui est peut-être plus fréquent chez le veau (culture jaune);

3° La trichophytie sèche, à forme d'ichthyose pilaire, due à une espèce probablement aviaire (culture rose).

Tous ces cas, sans exception, ont confirmé la règle histologique des trichophyties animales, énoncée plus haut, c'est-à-dire qu'elles s'accompagnaient de l'envahissement des éléments épidermiques du follicule par le parasite.

Quatorze ont fourni l'une ou l'autre des deux premières espèces isolées des trichophyties cutanées de l'animal.

Trois cas seulement avaient pour cause l'espèce dont l'origine aviaire extrêmement probable n'a pas encore été démontrée par la culture directe de l'animal.

De ces faits :

— Que la trichophytie pilaire de la barbe chez l'homme semble relever directement et exclusivement de l'inoculation de trichophytons animaux.

— Que sa contagion à l'enfant, sous forme de teigne tondante, est tout à fait exceptionnelle (2 0/0).

Il résulte que *l'ancienne conception de la mentagre parasitaire, espèce morbide dissemblable de la tondante, était vraie et doit être rétablie.*

Les hémorrhagies syphilitiques du cercle ciliaire

M. Galezowski a vu très souvent la syphilis se localiser dans le cercle ciliaire de l'œil. Au début, l'altération occupe les parois des vaisseaux et il peut se produire des ruptures artérielles suivies d'hémorragies de l'ora serrata. Le trouble visuel se produit peu à peu; la vue devient de plus en plus brouillée, et le fond de l'œil présente les signes de la choroïdite syphilitique. La papille a un aspect très louche et de petits flocons très fins remplissent le corps vitré. Ces accidents se produisent dans la période tertiaire. La partie supéro-externe du cercle ciliaire principalement, présente alors des bandes rouges qui

sont produites par les hémorrhagies en nappe. Ces lésions sont variées et ne se voient guère que chez les goutteux. Les frictions mercurielles réussissent contre ces accidents comme contre tous les choroïdites syphilitiques. Le collyre à la caféine a aussi une action très favorable.

Pigmentation cutanée

M. Quinquaud présente un malade dont la peau est très sensible à tous les irritants qui provoquent l'apparition d'une tache rouge, saillante et œdémateuse ; de plus il existe des taches congestives qui durent très longtemps, jaunissent et bleuissent et dont le nombre s'accroît peu à peu. Quand on irrite une de ces taches, elle se boursoufle et devient transitoirement une papule. Il s'agissait là d'une lésion cutanée en rapport avec des troubles nerveux, trophiques.

Syphilome anal

M. Fournier et Mendel Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans atteinte d'un syphilome exclusivement anal, fait assez rare, car, on sait que le rectum participe le plus souvent à ce processus.

L'affection actuelle remonte à seize ans, suivant la malade. A ce moment, à la suite d'un accouchement, deux petites hémorroïdes se développèrent. Elles furent excisées, mais les lésions reparurent peu à peu, et l'affection actuelle est constituée depuis six ans.

Tout le périnée est occupé par des tumeurs variant de la grosseur d'une noix à celle d'un pois; autour d'elles on note de petites ulcérations creuses, grisâtres, sanieuses. En écartant ces tumeurs, on se rend compte qu'elles se rattachent toutes, par une sorte de pédicule, à la muqueuse anale.

L'anus est situé au fond d'un infundibulum dont les parois sont occupées par des colonnes charnues, représentant le pédicule des tumeurs. L'orifice anal est envahi de même jusqu'à un centimètre et demi de hauteur; le rectum est libre.

Dapuis un mois seulement, la malade souffre réellement pendant la marche, la station et surtout la défécation. Auparavant, ces fonctions ne réveillaient presque pas de douleurs. Nous n'avons pas pu déterminer exactement le début de la syphilis.

Dystrophie papillaire et pigmentaire

MM. Hallopeau, Jeanselme et Meslay présentent une femme atteinte de *dystrophie papillaire et pigmentaire*. Elle est caractérisée par une exagération des plis de la peau, par la production d'excroissances verruqueuses, les unes isolées, les autres disposées en nappes diffuses et confluentes et par une pigmentation plus ou moins sombre. La disposition en nappe est particulièrement remarquable aux paumes des mains et aux doigts qui sont ainsi recouverts d'une épaisse couche cornée; les lésions sont également très accentuées au niveau du cou, des aisselles, du périnée et de la région ano-coccygienne. La muqueuse de la bouche est tapissée dans presque toute son étendue par une couche villeuse qui présente son maximum de développement au niveau de la lèvre supérieure. La malade présente les signes d'un carcinome probable de l'estomac.

M. Hallopeau ajoute qu'un des caractères les plus remarquables de cette nouvelle dermatose est sa coïncidence avec un grand nombre de verrues séniles et l'existence d'excroissances intermédiaires entre ces verrues et les néoplasies papillaires ; il semble bien que l'agent producteur des dystrophies papillaires soit le même qui donne lieu au

développement des verrues séniles, l'hypothèse d'un agent infectieux qui acquerrait chez certains sujets une puissance pathogénique anormale est la plus vraisemblable.

Dans des cas de ce genre, M. Darier a trouvé un épaississement de la couche cornée et une pigmentation anormale de la première rangée des cellules épidermiques et des cellules étoilés du corps papillaire. Par places le corps muqueux est un peu hypertrophié. — En même temps que ces lésions, on constate le plus souvent l'existence d'un cornet abdominal.

Communications diverses

M. du Castel présente un malade atteint d'une *lymphangite subaiguë des bourses et du périnée.* Il s'agit d'un syphilitique qui, ayant des plaques muqueuses du scrotum, fit une application locale de teinture d'iode. Celle-ci provoqua un œdème inflammatoire dur et étendu sans produire d'action cuisante.

M. du Castel montre un autre malade atteint d'un hydroa buccal, qui ressemblait absolument à des plaques muqueuses syphilitiques. Un érythème polymorphe qui apparut aux mains permit de faire le diagnostic.

M. G. Baudoin a présenté, il y a deux ans, un cas absolument analogue.

M. Tenesson présente de nouveau une malade atteinte de *mycosis fongoïde* que la Société a déjà examiné en janvier 1892. La maladie procède par poussées successives. Il se développe des taches eczématoïdes qui, tantôt disparaissent spontanément, tantôt deviennent papuleuses. Alors toutes les papules se résolvent ou deviennent des tumeurs mycosiques.

M. Feulard présente deux enfants, l'un atteint *d'urticaire pigmentaire* et l'autre de *verrues pleines de la joue.*

M. Barthélemy étudie le diagnostic différentiel de quelques variétés *d'œmitis*, folliculites et folliclis.

BIBLIOTHÈQUE

—

Annales de l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille
Marseille, typographie Barlatier et Bertholet.

La généreuse municipalité de Marseille a fourni à l'Ecole de Plein exercice de cette ville le moyen de publier chaque année le recueil des travaux les plus remarquables faits par ses professeurs. Le volume de l'année 1891 renferme entre autres mémoires les recherches expérimentales sur les capsules surrénales par MM. Alezais et Arnaud, les belles leçons cliniques de M. Villard sur l'alcoolisme qui ont été analysées ici même et des recherches sur la pathogénie du cancer par M. Nepveu. Dans celui de 1892, nous signalerons surtout les mémoires sur l'analyse du suc gastrique par M. Arnaud, sur les ptomaïnes urinaires dans la goutte ophtalmique par MM. Bonnet et Silbert, sur l'hémiplégie chronique, les abcès du foie par Toutain, la lèpre par M. Bixuct. Cette belle pupublication est le meilleur argument en faveur de la transformation de l'Ecole en Faculté.

Leçons sur le traitement des névroses,

Par le docteur E.-C. Séguin. — Paris, O. Doin, éditeur.

Universellement connu par ses travaux de névropathologie, écrivain sobre, observateur judicieux, l'auteur résume dans ce livre les renseignements d'ordre pratique qu'il a pu recuillir au cours d'un expérience pratique considérable.

La première leçon expose en détail le traitement de l'épilepsie, de la chorée, de la migraine. Dans la deuxième leçon, on trouve celui de la névralgie faciale, de la maladie de Baudon, plus des pages fort intéressantes sur le régime et l'hygiène des gens nerveux. Enfin, la troisième leçon a trait à l'emploi abusif de certains médicaments et en particulier des bromures, de la morphine, de l'alcool dans le traitement des névroses.

L'Année Médicale, 15e année, 1892.
Paris, L. Battaille, 1893.

Tout le monde connaît et apprécie l'utilité d'ouvrages résumant, pour les différentes branches des connaissances humaines, les faits principaux qui se sont produits dans l'année précédente. *L'Année Médicale* a pour but d'analyser les progrès réalisés chaque année dans les branches médicales et de présenter dans un petit nombre de pages, sous une forme accessible à tous les lecteurs, un tableau précis des perfectionnements en médecine, en chirurgie, en obstétrique, etc. Publié chaque année sous la savante direction du docteur Bourneville, le succès de cet ouvrage ne fait que s'accentuer. C'est qu'il est non seulement utile, mais indispensable à tous les médecins comme à tous ceux qui s'intéressent, à un titre quelconque, aux progrès de l'art de guérir.

COURRIER

Hopital Trousseau. — C'est M. Jalaguier qui est nommé titulaire du nouveau service de chirurgie (affections chirugicales chroniques des enfants) qui vient d'être formé à l'hôpital Trousseau. Ce service se compose de 48 lits dont 24 pour les garçons et 24 pour les filles.

Cette mutation nomme M. Boutier chirugien titulaire des hôpitaux et lui donne le service d'Ivry où il remplacera M. Jalaguier.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Audebert est institué pour l'année scolaire 1893-1894, chef de clinique obstétricale, en rempl. de M. Oui.

M. Sabrazès est institué, pour l'année scolaire 1893-94, chef de clinique médicale, en rempl. de M. Bitot.

M. Fouquet est nommé, pour une période de trois ans, à partir du 1er novembre 1893, chef adjoint de clinique médicale.

Faculté de médecine de Nancy. — Un concours s'ouvrira, le 22 janvier 1894, devant la Faculté de médecine de Nancy pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite Faculté.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de médecine de Nantes. — Un concours s'ouvrira le 7 février 1894, devant l'École de médecine de Nantes, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— M. le docteur Trabut (de Mustapha) est nommé chevalier du Mérite agricole.

— MM. les docteurs J. Bertillon, Chambé, Chervin, Lagneau, Lamouroux, Ch. Monod, sont nommés membres du Conseil supérieur de statistique.

Traitement des professeurs des Facultés de médecine en Ecosse — Université d'Edimbourg : professeur d'anatomie, 40,000 fr.; professeur de physiologie, de chimie, de pathologie générale, 36,000 fr.; histoire naturelle, botanique, matière médicale, 25,000 fr.; médecine et chirurgie, 22,500 fr. ; obstétrique, clinique chirurgicale et médecine légale, 20,000 fr.

Les professeurs d'anatomie, de physiologie, d'histoire naturelle, de chimie, de botanique et de pathologie générale ne doivent pas faire de clientèle.

Université d'Aberdeen : professeur d'anatomie, 27,500 fr.; chimie, physiologie et pa-

thologie générale, 22,500 fr. ; histoire naturelle, matière médicale, botanique, 17,500 fr.; médecine, chirurgie, obstétrique, médecine légale, 15,000 fr.

L'université d'Aberdeen est beaucoup moins importante que celle d'Edimbourg.

DÉCRET RELATIF A LA CONVERSION DES INSCRIPTIONS D'OFFICIER DE SANTÉ EN INSCRIPTIONS DE DOCTORAT

Le Président de la République française,

Décrète :

Article premier. — Les aspirants au titre d'officier de santé en cours d'études à la date du présent décret et qui justifient de l'un des diplômes de bachelier ès lettres, de bachelier de l'enseignement secondaire classique, de bachelier ès sciences complet, de bachelier de l'enseignement secondaire spécial, sont autorisés à convertir leurs inscriptions en inscriptions de doctorat en médecine.

Art. 2. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Marly-le-Roi, le 25 juillet 1893.

CARNOT.

Par le Président de la République :
Le ministre de l'Instruction publique,
des Beaux-Arts et des Cultes,
R. POINCARÉ.

DÉCRET RELATIF AUX DISPENSES QUI PEUVENT ÊTRE ACCORDÉES AUX MÉDECINS POURVUS D'U DIPLOME ÉTRANGER ASPIRANT AU TITRE FRANÇAIS DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Le Président de la République française,

Décrète :

Article premier. — Les médecins pourvus d'un diplôme étranger qui postulent le grade de docteur en médecine peuvent obtenir dispense partielle ou totale des inscriptions et dispense partielle des examens exigés pour ce grade.

Art. 2. — La dispense d'examens ne peut en aucun cas porter sur plus de trois épreuves.

Art. 3. — Les dispenses sont accordées par le ministre de l'Instruction publique, apr avis de la faculté compétente et du comité consultatif de l'enseignement public.

Art. 4. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes es chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Marly-le-Roi, le 25 juillet 1893.

CARNOT

Par le Président de la République :
Le ministre de l'Instruction publique,
des Beaux-Arts et des Cultes,
R. POINCARÉ.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

HYGIÈNE

ALTÉRATIONS SPONTANÉES, STÉRILISATION ET FALSIFICATIONS DU LAIT

Le lait est le plus altérable des liquides organiques. Aussitôt qu'il est extrait des mamelles, il se couvre d'une couche de crême que les laitiers enlèvent pour en faire du beurre. Lorsqu'on le reçoit dans un tube stérilisé, pour empêcher l'introduction des microbes, et qu'on le laisse en repos, à l'abri de tout germe, il se sépare spontanément en quatre couches: l'inférieure, plus dense, est constituée par un dépôt de phosphate trialique très ténu ; la seconde est formée par un liquide contenant un précipité très fin de caséine solide ; la troisième est un liquide opalescent contenant de la caséine en solution (caséine à l'état colloïdal) ; enfin, la couche supérieure est constituée, pour la presque totalité, par des globules butyreux (1).

Après la montée de la crème et au bout d'un temps variable, le lait se coagule. La matière albuminoïde se précipite sous l'influence de l'acide lactique dans lequel le sucre de lait se convertit peu à peu. Cette transformation s'arrête quand il y a de 2 à 3 p. 100 d'acide dans la masse. Elle est l'œuvre du *ferment lactique* de Pasteur (*bacillus, acidi, lactici* de Hueppe).

Le lait frais et non mouillé ne coagule pas par la chaleur, au contraire. Le lait bouilli, à conditions égales, reste frais vingt heures de plus que le lait cru. Il est identique à ce dernier, sauf qu'il a un peu moins d'arôme et que sa caséine coagule en petits flocons au lieu de se prendre en masse. L'addition d'une partie de carbonate de soude ou de potasse pour 1,000, retarde la coagulation du lait de cinq heures ; si l'on en met le double, il reste frais vingt heures de plus que le lait naturel. L'acide salicylique, le borax, l'acide borique retardent également la coagulation du lait. Ce dernier, à la dose de 1 p. 1,000, conserve le lait pendant vingt-quatre heures, et à 2 p. 1,000 pendant soixante-douze heures.

L'addition d'un acide coagule instantanément le lait. Il en est de même de la *présure* et alors la coagulation a lieu avec une telle énergie que les albuminoïdes emprisonnent les corps gras.

Après la coagulation spontanée du lait, il reste un liquide légèrement trouble, riche en sels et en sucre, peu nutritif et légèrement acide. C'est le petit lait (*serum lactis*) dont on faisait autrefois un si grand usage en médecine. Lorsqu'on a séparé le beurre du lait par le battage, il reste un liquide blanc-bleuâtre aigrelet, plus nutritif, qu'on nomme *lait de beurre.*

(1) Duclaux. Mémoires sur le lait, *Annales de l'Institut agronomique*, 1882, 1884, 1886.

lait battu en Flandre, *lait ribot* en Bretagne, et qui ne se consomme guère qu'à la campagne.

I. **Altérations spontanées.** — Elles sont extrêmement nombreuses. Parfois elles dépendent de la nourriture de l'animal. Il est des plantes qui communiquent au lait un goût désagréable et des propriétés malfaisantes; il est des laits amers, d'autres qui ont une coloration rouge causée par du sang venu de la mamelle ; mais, presque toutes les altérations spontanées du lait proviennent du développement d'organismes microscopiques. M. Duclaud en a fait une étude très complète (1). Il y a trouvé dix espèces de *tyrothrix* dont sept sont aérobies et trois anaérobies et chacune d'elle détermine, dans l'aspect et la composition du lait, des altérations différentes. Toutes nuisent à sa qualité, le rendent malsain, surtout pour les enfants du premier âge, qui meurent en si grand nombre de diarrhée cholériforme et d'athrepsie, lesquelles ne reconnaissent pas d'autre cause que la mauvaise qualité du lait qu'ils boivent, mais ce liquide, bien qu'altéré, ne communique pas de maladies inifectieuses comme celles dont il me reste à parler.

Laits virulents. — Indépendamment des microbes inoffensifs, le lait en renferme parfois de pathogènes et il peut être l'agent de la transmission d'un certain nombre de maladies virulentes.

Scarlatine. — C'est en Angleterre que le lait a été accusé de transmettre la scarlatine. Power et Klein, au cours d'une épidémie de cette affection, annoncèrent qu'ils avaient trouvé sur les tétines des vaches, un ulcère dont la sécrétion contenait un *streptococus* identique au *micrococcus scarlatricce*. Vérification faite, Crookshank et Brown constatèrent que ces ulcères n'étaient autre chose que le cowpox spontané.

On cite également de petites épidémies de scarlatine provenant de fermes dans lesquelles des malades se trouvant dans la période de desquamation, avaient contaminé le lait avec les pellicules qu'ils répandaient autour d'eux. Ces faits ne paraissent pas suffisamment démontrés.

Fièvre typhoïde. — Ceux qui sont relatifs à la fièvre typhoïde sont plus probants. Ils sont relatés par Taylor, Murchison, Corfield, Cameron, etc. Dans quelques cas, il est question de laits souillés par l'eau, avec laquelle on avait lavé les vases; dans d'autres, l'eau des mares voisines de la laiterie qui avait servi à mouiller le lait, avait été contaminée par des déjections typhoïdiques. Un fait semblable a été observé à Clermont-Ferrand au mois de janvier 1892, par les docteurs Goyon, Bouchereau et Fournial. Une épidémie de fièvre typhoïde a pris naissance dans une laiterie, située près de la ville, par suite de l'infiltration de déjections typhoïdiques répandues sur le fumier. Elles avaient contaminé l'eau d'un puits creusé dans l'étable et qui servait à laver les vases et à couper le lait. La maladie pût être suivie à la trace de la laiterie jusqu'à Clermont. Sur 28 cas, 18 se montrèrent dans la clientèle du laitier, et 6 furent suivis de mort (2). Une observation analogue a été publiée récemment par le docteur Gaffky. Il s'agit de trois cas d'entérite infectieuse à forme typhoïde, survenus à l'Institut d'hy-

(1) Duclaux, *Principes de laiterie*, Paris 1893.

(2) *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, t. XIV, p. 993.

giène de Giessen, chez des personnes qui avaient bu du lait provenant d'une vache malade (1).

Choléra. — Le lait a également été soupçonné de transmettre le choléra. Nous ne connaissons aucun fait clinique qui appuie cette supposition, mais M. le docteur Douglas Cunningham a fait à Calcutta, des recherches expérimentales pour savoir comment le *komma-bacille*, qu'on regarde comme la cause du choléra, se comporte dans le lait cru, bouilli et stérilisé. Il a reconnu que ce bacille y était toujours détruit par les microbes ordinaires, qui se développent dans l'air sous l'influence de l'acidité. Ces expériences ne nous semblent pas avoir un grand poids, nous n'avons pas cru toutefois pouvoir les passer sous silence (2).

Fièvre aphteuse. — Cette maladie est, comme on le sait, transmissible à l'homme, et c'est le plus souvent par le lait que cette transmission s'opère. Le fait a été mis hors de doute par un si grand nombre de vétérinaires, qu'il est inutile de relater leurs observations. On les trouvera toutes citées dans le travail de M. Nocard, auquel nous avons fait tant d'emprunts (3).

De véritables épidémies ont été observées.

C'est au moment de la traite que le lait est contaminé par la sécrétion des aphtes qui existent toujours sur les trayons des vaches laitières.

Charbon. — Les recherches de Chamberlent et Moussous (4) tendraient à prouver que le charbon peut se transmettre par le lait; mais ce sont des expériences de laboratoire, elles ne sont confirmés par aucun fait clinique.

Tuberculose. — La possibilité de la transmission de la tuberculose par le lait, n'est plus contestée aujourd'hui, mais il est également reconnu, d'après les travaux de Bang (de Copenhague) (5), que le lait des vaches atteintes de *ponnulière* n'est dangereux que lorsque les mamelles elles-mêmes sont envahies par la tuberculose. M. Nocard, en 1885, en inoculant à des cobayes le lait de onze vaches tuberculeuses, ne l'a trouvé infectieux que dans un seul cas où la mousse était elle-même atteinte. May, également, n'a obtenu que des résultats négatifs (6). Ernest (de Boston) 7) et Hisschberger (8), au contraire, ont réussi dans un dixième des cas, à transmettre la tuberculose

(1) *Revue internationale des falsifications.*

(2) Douglas Cunningham, surgeon-major du service médical au Bengale. (Ce mémoire a paru d'abord dans les *Scientific Mémoirs by medical officers of the Army of India.* Il a été traduit dans les *Archives* de Pettenkoffer et analysé dans la *Revue d'hygiène*, 1871, t. XIII, p. 1079.)

(3) Nocard et Laclainche, *Epidémiologie, Encyclopédie d'hygiène*, loc. cit. p. 157.

(4) A. Chamberlent et A. Moussous. Danger du lait des animaux charbonneux (*Revue sanitaire de Bordeaux*, 25 décembre 1883).

(5) B. Bang, La tuberculose des glandes mammaires de la vache, avec expériences d'inoculation et d'alimentation avec le lait provenant de ces glandes malades. (*Revue d'hygiène*, 1884, t. XVI, p. 760.)

(6) May, *Neber die Infectiosat der Milch perlsüchtiger Kühe.* (*Archiv für Hygien*, 1883, t. I, p. 121.)

(7) Harold C. Ernest (de Boston), Le lait tuberculeux. (*The sanitary Bicord*, 15 février 1890, p. 382)

(8) *Annales de Pasteur*, 25 mars 1890, p. 185.

à des lapins et à des cobayes, en leur injectant le lait de vaches tuberculeuses à mamelles saines.

En présence de ces résultats contradictoires, Bang a repris ses expériences. Sur 28 vaches phtisiques à mamelles saines, il n'en a trouvé qu'une seule dont le lait, injecté dans le péritoine de lapins à la dose de 1 à 2 centimètres cubes, ait pu leur communiquer la tuberculose (1).

En somme, et quelque faibles que soient les chances de transmission, comme il est toujours difficile de diagnostiquer sur le vivant la tuberculose bovine, et presqu'impossible de reconnaître la tuberculose mammaire, comme d'autre part, on ne peut jamais connaître au juste la provenance du lait qu'on va consommer, il est toujours prudent de le faire bouillir avant de le boire.

L'ébullition ne conjure pas seulement le danger de la tuberculose, elle prévient également la transmission des autres maladies que nous avons passées en revue auparavant. Elle est simple, pratique et elle suffit. Les bactéries pathogènes sont toutes détruites par quelques minutes d'ébullition. On a prétendu le contraire. On a cité des expériences dans lesquelles on avait inoculé la tuberculose à des lapins avec du lait qui avait bouilli quelques minutes; on a parlé du vibrion septique qui se plait dans l'eau bouillante. On a fait observer que le lait n'était plus le même après l'ébullition, qu'il avait perdu de son eau et de ses gaz, et qu'il était moins nutritif. Il est indispensable de s'entendre sur tout cela. Il y a certes des microbes qui résistent à la température de l'ébullition.

Les bacilles butyriques collectifs de Hueppe ne sont détruits qu'à 110° ou 120° (2); et lorsque le lait a été chauffé à cette température, il est devenu jaune et amer; mais ce n'est pas de cela qu'il est question. Il s'agit de détruire les microbes qui font aigrir le lait et ceux qui peuvent transmettre des maladies contagieuses. Or, le lait bout à 101°5 et les bacilles de la tuberculose qu'on a toujours en vue sont tués par une température de 70°; les autres meurent entre 0 et 100°. Il est donc inutile d'aller au-delà; mais l'ébullition à l'air libre altère le lait. Lesage et Chavanne ont constaté qu'en cinq minutes elle lui fait perdre près d'un quart de son volume et une partie des gaz (3), il n'a plus le même goût ni les mêmes qualités nutritives. Par contre, il est plus facilement digéré au moins par les adultes. Le lait cru se prend en masse, en arrivant dans l'estomac, tandis que le lait bouilli donne naissance à un coagulum composé d'une foule de grumaux plus facilement accessibles à l'action du suc gastrique.

Ainsi, pour l'adulte, l'ébullition suffit complètement. En est-il de même pour les enfants à la mamelle dont il constitue l'unique aliment, et qui ont les organes digestifs autrement sensibles que les nôtres ?

(1) B. Bang. Recherches expérimentales sur le lait tuberculeux. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 octobre 1890, p. 682).

(2) Max Bleisch, médecin cantonal à Cosel (Haute Silésie). Sur un lait amer et sur la stérilisation du lait par le chauffage à l'abri de l'air (*Zeitschrift f. Hyg. und, infection Kran Kheiten* XIII, I, 1893) analisé par le docteur J. Arnuld dans la *Revue d'hygiène*, 1893, t. XV, p. 271.

(3) Docteur André Chavanne. *Du lait stérilisé, son emploi chez le nouveau-né*, Paris 1893, p. 37.

Il paraît que non. Reichmann estime qu'il ne convient pas dans les quatre premiers mois de la vie. « Il donne lieu, dit le docteur Laurent, à des trou-« bles intestinaux appartenant plus ou moins à la dyspepsie ou même à « l'inflammation des voies digestives (coliques, constipation fréquente, irré-« gularité des garderobes, selles grumeleuses mal liées, diarrhées par mo-« ments) (1) ».

Cette constatation a conduit à chercher d'autres moyens pour arriver à la destruction des microbes, sans enlever au lait ses qualités nutritives. De là est née la méthode de la *stérilisation* dont je m'occuperai dans un second article.

(*A suivre.*) Jules ROCHARD.

De la cure radicale des hernies ombilicales chez l'adulte

S'il est une question toute d'actualité et particulièrement intéressante, c'est celle de la *cure radicale des hernies ombilicales* que M. le docteur Henri Brodier vient de prendre comme sujet de sa thèse inaugurale.

Notre camarade était, du reste, bien préparé à ce travail par deux années d'internat passées l'une chez M. Lucas-Championnière, l'autre chez le professeur Le Dentu, chirurgiens, qui, comme on le sait, se sont tout particulièrement occupés de ce mode de traitement.

Nous n'en sommes plus en l'année 1881, époque à laquelle la Société de chirurgie discutait la kelotomie dans les hernies ombilicales étranglées, et ou plusieurs chirurgiens ne voulaient pas de l'opération pour les grosses tumeurs herniaires.

Les choses ont marché depuis et aujourd'hui, non seulement, on intervient dans tous les étranglements, mais encore on cherche le moyen de les éviter en pratiquant en dehors de tout accident la cure chirurgicale de la hernie.

C'est là une opération qui commence à peine à être réglée, car le but qu'on se propose est difficile à atteindre. On se trouve, en effet, en présence d'un orifice souvent très large à obturer, et on n'a à sa disposition que des tissus gras très relâchés, difficiles à soutenir. Aussi, M. Championnière écrit-il dans son livre qu'aucune hernie ombilicale ne devrait grossir, et M. Brodier le répète après lui et cela à juste raison.

Ils sont nombreux les procédés qui ont été décrits et qui sont destinés à fermer, chez l'adulte, l'orifice de sortie de la hernie ombilicale. Les uns sont assez compliqués, les autres sont des plus simples et nous verrons que ce sont ces derniers qui donnent les meilleurs résultats.

Lawson-Tait et Zaënger ont d'abord tenté de dédoubler le plan aponevrotique de façon à faire rentrer l'une dans l'autre les deux lèvres de l'orifice herniaire, d'autres comme M. Championnière, ajoutent la plus grande importance à bien extirper le sac, surface de glissement, et suturent ensuite l'anneau ombilical avivé. D'autres, enfin, pratiquent l'*omphalectomie*, c'est-

(1) A. Laurent. Le lait bouilli au point de vue de l'allaitement artificiel. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1889, t. XI, p. 1,083.

à-dire enlèvent toute la tumeur et résèquent l'anneau ombilical. Ce sont là les moyens employés par M. le docteur Condamin (de Lyon) et par M. le professeur Le Dentu, qui font disparaître l'ombilic cutané, l'anneau ombilical et qui ramènent l'opération à une laparotomie.

En résumé, au point de vue de la cure radicale, c'est-à-dire de l'occlusion complète du trajet herniaire, tous les procédés peuvent se ramener à deux: *la suture de l'anneau ombilical avivé*, ce qu'on a encore appelé une omphalectomie fibreuse et, l'*omphalectomie totale*, c'est-à-dire l'extirpation de l'ombilic avec ouverture de la gaîne musculaire des droits.

Nous ne nous lançerons pas ici dans l'exposé de tous ces différents procédés, car nous pensons qu'il est inutile de compliquer l'intervention. Que faut-il faire en effet pour détruire une hernie ombilicale et l'empêcher de se reproduire?

D'abord, *faire disparaître tout infundibulum séreux;* la chose est de toute nécessité. Faut-il, pour arriver à ce résultat, disséquer le sac minutieusement et le réséquer. Cette conduite est quelquefois très difficile à tenir, On sait, en effet, que dans la hernie qui nous occupe, le péritoine adhère presqu'immédiaiement à l'anneau fibreux, qu'il est mince, friable, et parfois presque impossible à détacher. Aussi n'a-t-on pas ici le moyen de changer les rapports du péritoine et de l'anneau ombilical. On ne peut pas par des tractions fortes ou douces, attirer le sac herniaire pour le lier le plus haut possible, le sectionner et le voir rentrer dans le ventre. On s'expose ainsi, tout simplement, à le déchirer sans faire descendre le péritoine.

Qu'on cherche donc à disséquer le sac ou qu'on se borne à l'enlever avec toutes les parties molles, comme dans l'omphalectomie, le résultat est le même et ceci plaide en faveur de cette dernière méthode.

On doit ensuite, comme dans toute cure radicale de hernie, bien *oblitérer le collet du sac*. Pour cela, il faut bien entendu, mettre deux surfaces cruentées en rapport, et celles-ci seront obtenues soit au moyen de l'avivement de l'anneau ombilical, soit en le faisant disparaître. Les partisans de la première méthode donnent pour raisons, qu'ainsi on limite la perte de substances et l'ouverture de la paroi abdominale à ses moindres dimensions et qu'on respecte les muscles droits et les gaînes aponévrotiques dans lesquelles ils sont bridés, gaînes qui jouent un si grand rôle dans la statique des viscères de l'abdomen; mais à cela on peut répondre que la cicatrice qui remplace les tissus enlevés, devient aussi résistante que le tissu aponévrotique dont elle procède; qu'en enlevant largement l'anneau on met en rapport des surfaces d'avivement plus grandes et qui doivent mieux obturer ce qui était avant le trajet herniaire, et, enfin, il faut aussi le savoir, la hernie ombilicale présente anatomiquement des caractères spéciaux, qui font que les bords de l'anneau peuvent être si rigides, qu'ils ne peuvent dans certains cas être affrontés; que même, sous l'effort de violentes tractions, ils peuvent se déchirer et que le seul moyen de les rapprocher c'est de faire l'omphalectomie, qui, prolongeant l'incision en haut et en bas, permet aux deux lèvres de la paroi abdominale de se rapprocher plus facilement.

On objecte à cette dernière opération, qu'elle expose davantage à une éventration ultérieure, mais nous savons bien qu'aujourd'hui avec une bonne suture à plusieurs étages, comprenant d'abord le péritoine puis les

muscles, les aponévroses et la peau, on obtient une ligne de réparation capable de résister aux pressions abdominales.

Nous pensons donc que l'omphalectomie est l'opération de choix, qu'elle consiste à transformer la hernie ombilicale en une véritable laparotomie et nous nous rangeons pleinement à l'opinion de M. Condamin, du professeur Le Dentu et de beaucoup d'autres chirurgiens.

C'est, du reste, l'intervention la plus simple, la plus rapide, et nous estimons qu'elle met le malade à l'abri des récidives, tout aussi bien que les procédés compliqués de dédoublement des aponévroses abdominales, analogues par exemple à celui qu'on nous a dit être pratiqué par M. Quénu dans son service de Cochin.

Quant aux indications de la cure radicale, elle doit nécessairement être appliquée dans les hernies ombilicales étranglées, et, dans tous les cas, où le volume de la tumeur, l'âge, l'état général de la malade, et ce qu'on a appelé la diathèse herniaire, ne viennent pas s'opposer à l'intervention.

E. R.

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

Les membres du Congrès se sont rendus samedi aux étuves municipales de Paris, destinées à la désinfection des locaux contaminés.

Ils se rendront lundi aux abattoirs de la Villette et aux laboratoires de la Faculté. L'*Union médicale*, dans ses articles d'Hygiène, s'est déjà occupée de toutes ces questions et ne peut qu'applaudir à ces visites qui ont un véritable intérêt pratique pour ceux qui y assistent.

Dimanche, c'était à l'hôpital Trousseau qu'on s'était donné rendez-vous dans le service du professeur Lannelongue. On sait avec quel talent ce chirurgien poursuit la tuberculose articulaire et chacun connaît aujourd'hui la technique des injections de chlorure de zinc qui, produisant autour des fongosités un rempart de tissu sclérosé, empêche la diffusion des bacilles en même temps qu'ils les enmurent et les rendent désormais inoffensifs.

Notre camarade Mauclaire a montré au Congrès la manière d'appliquer la méthode sclérogène en faisant lui-même des injections dans un genou fongueux.

C'est, a-t-il dit, cette articulation qui donne les meilleurs résultats. Viennent ensuite le cou-de-pied et le coude, puis le poignet. La hanche, située trop profondément, échappe à la précision nécessaire pour déposer en bonne place les gouttes de chlorure de zinc et quant à l'épaule, l'occasion ne s'est pas encore présentée d'y appliquer le nouveau traitement.

Une dizaine de malades guéris ou améliorés ont été placés sous les yeux des médecins présents et examinés par eux. Les résultats sont indéniables. Chez les enfants, la méthode est très supéérieure à ce qu'elle se montre chez les adultes. Il est certain que les formes synoviales sont celles qui tirent le plus grand bénéfice du traitement qui, lorsque les os sont cependant pris, doit être continué en même temps que sont pratiqués les curettages et les grattages nécessaires.

Puisque nous sommes sur le terrain de la chirurgie, analysons d'abord les principales communications qui ont trait à la tuberculose externe.

M. Poncet fait une communication sur les **tuberculoses péniennes**, très exceptionnelles, du reste. La tuberculose primitive est très rare, elle a une prédisposition pour certaines parties; le tissu spongieux de la verge est presque toujours exempt de tuberculose.

Au point de vue du siège, on peut distinguer plusieurs sortes de variétés :

1° Les tuberculoses balano-préputiales à la suite de succion chez des enfants par des rabbins malades.

2° Les tuberculoses de la muqueuse urétrale; elles se manifestent plus volontiers dans l'urètre postérieur.

3° Les tuberculoses urétrales avec propagation des fongosités dans la région péri-urétrale, donnant lieu à des lésions disséquantes.

Dans la première catégorie, le traitement est simple par le grattage, curettage, fer rouge, etc. Mais quand il s'agit de tuberculose urétrale secondaire, on doit la considérer comme un épiphénomène, et conseiller au malade de ne rien faire.

Il est une forme de tuberculose urétrale donnant naissance à des abcès, à une infiltration urinaire qui peuvent avoir sur la santé du sujet une influence néfaste. Il se fait des infections mixtes, des foyers staphylococciens ou streptococciens qui se greffent sur la tuberculose et ont un retentissement fâcheux sur l'état général.

Quand la tuberculose urétrale est primitive, il faut intervenir. M. Poncet en a observé un cas. C'était un jeune homme de 18 ans ayant une lymphite de la peau de la verge. Il niait absolument toute possibilité de contagion. Deux mois auparavant il avait eu un écoulement et de la douleur.

Le premier coup de ciseau sur le prépuce mit à jour une ulcération blafarde, fongueuse, suppurante. Elle avait perforé l'urètre. Il existait du tissu fongueux. Le grattage et l'abrasion mirent à découvert toute la muqueuse urétrale.

L'examen bactériologique et expérimental donna des résultats positifs.

Le deuxième cas était un tuberculeux urinaire avec des sommets douteux. L'incision montra les mêmes caractères que chez le premier : fourreau fongueux péri-urétral.

Pour ne pas enlever une grande portion du canal de l'urètre, ce qui aurait amené un rétrécissement rapidement imperméable, il pratiqua l'urétrostomie périnéale, de façon à le transformer en une sorte d'hypospade périnéal en sacrifiant les deux tiers antérieurs de l'urètre.

Dix mois plus tard le sujet avait augmenté de 10 kilos, urinait facilement et était en excellente santé.

Dans un troisième cas il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans, dont la muqueuse péri-urétrale était aussi fongueuse. On agita la question d'amputer. M. Poncet eu encore recours à l'urétrostomie périnéale. Cette opération jusqu'à présent réservée aux rétrécissements incurables a donc ici son indication.

M. Lejars (de Paris) a observé un cas curieux de **tuberculose musculaire primitive propagée aux synovides tendineuses.** C'est, comme on le voit, une synovite fongueuse secondaire et intéressante à ce point de vue.

Il s'agit d'une femme cachectique atteinte d'une tumeur blanche du genou, tour à tour réséquée puis amputée. Sur l'avant-bras, cette malade vit bientôt apparaître un abcès froid qui, ouvert, parut extra-musculaire et qui ne tarda pas à être suivi d'un empâtement sur la face dorsale du poignet. Cette tumeur ressemblait à une synovite fongueuse des tendons extenseurs. La malade mourut. A l'autopsie, on trouva dans la cavité gratée de l'avant-bras des noyaux tuberculeux très nets infiltrant les muscles de la région postérieure, remontant même dans le bras, et gagnant en outre la synoviale tendineuse du poignet.

Outre les noyaux de l'avant-bras et la synovite, il y avait une lésion particulière dont M. Pillet fit l'examen. Il démontra qu'il y avait, outre une tuberculose musculaire classique, des séries de noyaux tuberculeux, allant jusqu'au simple nodule tuberculeux entre les fibres tendineuses. Ces noyaux, partant de l'abcès intra-musculaire, se propageaient jusqu'à la synoviale qu'ils infiltraient. Ici donc la synovite fut consécutive à la tuberculose musculaire.

Ce fait pourrait avoir une certaine importance chirurgicale. Dans ces cas, en effet, de tuberculose ayant l'apparence d'un véritable abcès froid musculaire, il faut faire une large ablation.

Comment se fait-il que le muscle soit pris primitivement ? On n'en sait rien. Peut-être par voie lymphatique ? En tous cas, il est bon d'enregistrer ces cas de tuberculoses capables de s'étendre au loin et de produire une infection générale.

M. Verneuil prend la parole sur la deuxième question posée et intitulée : **Des maladies infectieuses comme agents provocateurs de la tuberculose.** Il regrette vivement que personne ne se soit fait inscrire pour traiter ce sujet.

On connaît cette action des maladies infectieuses sur la tuberculose pulmonaire, elle est exactement la même pour la tuberculose chirurgicale, indépendante absolument de toutes lésions du côté des poumons. L'auteur donne de cette action deux exemples caractéristiques dont un ne peut être expliqué que par l'hérédité.

Le premier cas concerne une fillette de 7 ans, malade depuis 3 ans, et présentant une adénopathie cervicale double traitée par le séton, puis par le curettage.

Peu de temps après la guérison la fillette tomba, c'était là un symptôme de paraplégie. On reconnut, en effet, un mal de Pott, que l'on traita d'abord d'une façon insuffisante.

Quand M. Verneuil vit la malade, il la soumit à une immobilisation sérieuse par la cuirasse de Mathieu. En même temps, il traita un abcès par congestion iliaque à l'aide d'injection à l'éther iodoformé et retira presque 150 grammes de pus qui était virulent au plus haut degré.

Tout de suite après l'injection d'éther iodoformé l'état général s'améliora. Deux mois après l'enfant alla au bord de la mer et 6 semaines de thalasso-thérapie guérirent l'abcès. Au printemps suivant il se produisit une petite récidive. 60 grammes de pus presque caséeux furent tirés. On fit une seconde injection, et pendant toute l'année 1892 la malade parut guérie.

A la fin de 1892, elle fut atteinte d'une fièvre avec rash. Aussitôt la double adénopathie cervicale reparut. En même temps la colonne vertébrale était devenue douloureuse et l'abcès se remplit.

L'onguent napolitain fut ordonné. En un mois l'adénopathie se résolut et la récidive de l'abcès étant manifeste, on refit une dernière injection d'éther iodoformé. Aujourd'hui l'enfant paraît guérie. Voilà donc un exemple de réveil de la tuberculose sous l'influence d'une fièvre éruptive.

L'hérédité semble établie chez cette enfant il est vrai. En effet, du côté des sœurs et du père il n'y a rien, mais la mère a eu un abcès tuberculeux de l'arcade sourcilière fillette.
vers 3 ans. M. Verneuil ne voit pas d'autre porte d'entrée de la tuberculose chez la

Il cite un second exemple. Ici la fièvre est une de ces maladies considérées comme antagonistes, c'est la malaria. Il s'agit d'une fillette du Midi, de parents superbes. Elle est atteinte d'une formidable fièvre intermittente dans un terrain remué, jamais cette enfant n'avait rien eu du côté thoracique ganglionnaire, ni ailleurs. Elle fait ensuite une chute sur le front, à ce niveau il se fait une nécrose tuberculeuse du frontal, de l'os malaire, de la mâchoire inférieure. Elle est dans un état lamentable, réputé inopérable par tous, et en effet, l'on n'a pu arrêter la marche de cette tuberculose.

M. Legroux, à l'appui de ce que vient de dire M. Verneuil, peut citer le cas d'un enfant, très lymphatique il est vrai, mais bien portant, qui, peu après les débuts d'une coqueluche, présenta des signes manifestes de coxalgie.

Il cite également l'observation d'un autre enfant qui, immédiatement après une rougeole, présenta tous les symptômes d'une méningite tuberculeuse à laquelle il succomba.

Ces faits sont, du reste, bien connus des médecins et ils prouvent, une fois de plus, qu'il faut, dans les cas de maladies infectieuses survenant chez des enfants, redoubler de soins et de précautions hygiéniques quand les enfants sont suspects de tuberculose.

M. Cannelis (Athènes) a été à même comme beaucoup de ses confrères de constater, depuis les grandes épidémies de grippe qui ont envahi l'Europe pendant ces dernières années, que cette infection prédispose singulièrement à la tuberculose pulmonaire. Depuis ces épidémies, on rencontre journellement des tuberculeux qui font, à juste titre, remonter le début de leur affection à la grippe dont ils ont été atteints, et on se base sur ces faits pour affirmer que la grippe est bien une cause de phtisie pulmonaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 juillet 1893. — Présidence de M. Fernet.

Vergetures consécutives à la fièvre typhoïde.

M. Millard présente un malade, âgé de 17 ans, qui entra à l'hôpital le 19 mai dernier, pour une fièvre typhoïde. Il fut traité par les bains froids ; la convalescence fut longue ; il était très amaigri, sa peau était partout sèche et craquelée. Après une petite rechute, la guérison fut néanmoins parfaite. Ce malade présente des vergetures remarquables au-dessus des genoux, à la face antéro-interne des cuisses, et d'autre part à la face postérieure des bras au-dessus des coudes. Ces vergetures sont dues à la croissance, car ce malade a grandi de 3 centimètres en deux mois, c'est-à-dire de un demi-millimètre par jour, alors que la croissance normale à son âge est de 1 millimètre par quinze jours.

M. Millard rappelle les discussions qui se sont produites sur la nature des vergetures, et il formule la conclusion que M. Troisier avait tirée d'un cas qu'il observa en 1887 : les vergetures consistent en un simple étirement, en une simple élongation des éléments de la peau, mais elles ne sont pas dues à une lésion trophique.

Erythème noueux intra buccal

M. Millard. Il s'agit d'un fait extrêmement rare sans doute, car on n'en trouve aucun exemple, ni d'une part dans les travaux sur les nodosités rhumastismales, ni d'autre part dans les travaux sur l'érythème noueux. Ce fait pourrait aussi être dénommé : *Stomatite avec nodosités rhumatismales sous-muqueuses.*

Il s'agit d'une jeune femme lymphatique, ayant eu antérieurement des attaques de rhumatisme aigu, et qui se réveilla un matin avec les deux joues enflées. Elle avait une très mauvaise dentition, et, entre autres, une dent cassée dont on n'avait pas enlevé les racines. On pensa d'abord qu'il s'agissait d'une fluxion dentaire ; mais il n'en était rien ; Envoyée à Beaujon le 14 juin dernier, la malade présentait les signes suivants : très grande difficulté à ouvrir la bouche, déglutition presque impossible, pas de salivation exagérée, visage tuméfié au niveau des joues ; palpation de celles-ci extrêmement douloureuse ; par leur face interne, on sent dans chacune d'elle une tumeur assez grosse, assez difficile à délimiter ; la muqueuse est rouge, framboisée, et porte l'empreinte des

dents. En même temps on constate sur les membres inférieurs des plaques typiques d'érythème noueux. Celles-ci se sont montrées le 10 juin, huit jours après le début de la stomatite.

M. Millard pensa donc que l'érythème noueux et la stomatite relevaient, chez cette malade, d'une cause unique, le rhumatisme. Le traitement vint confirmer son opinion, car, en quelques jours, le salicylate de soude fit tout disparaître.

Syndrome de Morvan et lèpre

M. Debove présente un malade qu'il a observé, il y a déjà quelques années, et au sujet duquel le diagnostic pourrait varier avec les opinions médicales régnantes. L'histoire de ce malade a été déjà relatée par M. Achard dans la *Gazette des hôpitaux* (1891). Il s'agit d'un homme de 51 ans, marbrier, qui eut, il y a quatorze ans, un premier panaris, d'abord douloureux, puis tout à fait indolore, au pouce droit; l'année suivante, nouveau panaris, au même pouce, s'accompagnant, cette fois, de nécrose de la phalange; le malade fut son propre chirurgien et s'enleva lui-même l'os nécrosé; c'est dire que le doigt était absolument insensible.

Neuf autres panaris se montrèrent dans les années suivantes, tous douloureux au début, puis devenant absolument indolores. En même temps, des troubles trophiques et sensitifs commençaient à se produire : atrophie de l'éminence thénar et de l'avant-bras droit; anesthésie à la douleur et à la chaleur allant de l'extrémité des doigts au coude droit; sensibilité tactile conservée; à gauche, troubles analogues depuis l'extrémité des doigts jusqu'au poignet; mains en griffe, flexion des articulations, légère inclinaison sur le bord cubital.

On fit, au début, le diagnostic de maladie de Morvan. Aujourd'hui, en réexaminant le malade, on doit penser à la lèpre. En effet, deux raisons plaident en faveur de ce diagnostic : 1° Le malade a séjourné pendant deux ans au Mexique; 2° l'exploration de la partie inférieure du bras droit révèle la présence d'un petit ganglion sus-épitrochléen et surtout, sur le trajet du médian, deux petites tumeurs fusiformes; à gauche, on trouve également une tumeur fusiforme sur le trajet du même nerf. M. Debove demande si, en présence d'un malade offrant le syndrome de Morvan d'une part, et, de l'autre, de petites tumeurs sur les trajets nerveux, on doit porter le diagnostic de lèpre. Dans ce cas, l'incubation de la lèpre aurait été remarquablement longue, puisque les premiers accidents ne se sont montrés que quinze ans après le séjour au Mexique.

M. Chantemesse, dans une enquête qu'il a faite dans certains pays à lèpre, a remarqué que la période d'incubation est toujours très longue; il rapporte plusieurs faits dans lesquels cette incubation, très nettement établie et calculée, varia de 3 ans à 17 ans.

C'est sans doute à cette grande durée de l'incubation que l'on doit attribuer l'erreur de ceux qui nient la contagion de la lèpre.

M. Rendu a observé un lépreux chez lequel les accidents n'avaient commencé à apparaître que six ans après qu'il eut quitté les Indes; l'incubation avait donc été très longue.

Quant au malade présenté par M. Debove on ne peut pas, d'après M. Rendu, porter le diagnostic de lèpre.

M. Hanot a publié une observation analogue à celle de M. Debove, mais sans état moniliforme des nerfs. On ne peut pas faire le diagnostic de lèpre seulement d'après cet état des nerfs, car il n'est pas démontré que la névrite interstitielle ne puisse être moniliforme en dehors de la lèpre

Asystolie dans les compressions des nerfs pneumogastriques

M. Merklen. — La compression des nerfs pneumogastriques par des ganglions tuberculeux peut produire une tachycardie permanente; dans quelques cas aussi on voit cette tachycardie aboutir à l'asystolie. La permanence de la tachycardie, sa résistance à la digitale, alors que les effets diurétiques de celle-ci se produisent, permettront d'en soupçonner la cause. Mais quelles sont les conditions qui amènent dans ces cas l'asystolie? Chez un malade, M. Merklen avait incriminé des lésions des fibres musculaires cardiaques; mais l'examen microscopique ne confirma pas cette hypothèse; néanmoins ce malade avait eu antérieurement des attaques de rhumatisme aigu; son cœur était gros et présentait des lésions d'athérome sur les valvules mitrale et aortiques. M. Merklen pense donc qu'il y a là une cause assez puissante d'asystolie dans la compression des nerfs pneumogastriques; celle-ci produirait l'asystolie quand le cœur a été antérieurement atteint par le rhumatisme, l'alcoolisme ou quelque autre maladie à détermination cardiaque, tandis qu'elle ne produirait que la tachycardie simple quand le cœur est sain.

Delirium tremens chloralique

M. Ballet rapporte l'observation d'une dame de 44 ans, atteinte de déséquilibration mentale et qui prenait du chloral depuis quatorze ou quinze ans. Elle présentait du tremblement, des bouffées de rougeur au visage, elle se plaignait d'une très grande fatigue, surtout le matin; en un mot, elle offrait tous les signes du chloralisme subaigu.

Le 4 juin dernier, elle vint à Paris, et là absorba une grande quantité de chloral. Elle fut prise alors d'accidents présentant une étroite ressemblance clinique avec les accidents de delirium tremens alcoolique : tremblement généralisé, parole tremblante, sueurs abondantes, fièvre vive (39°2), cœur tumultueux; pas de gros phénomènes psychiques : quelques hallucinations visuelles et auditives. L'état de la malade se maintint sans modifications pendant quelques jours, puis sa température s'éleva, et elle mourut dans le coma.

M. Ballet fait remarquer les analogies de ce *delirium tremens chloralique* avec le délirium tremens alcoolique; il y avait cependant une différence assez importante et qui suffisait à faire éliminer l'idée de délirium alcoolique, c'était la faiblesse, le peu d'intensité des hallucinations.

MM. Achard, Lebreton et Widal sont nommés membres de la Société.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. Ragueneau, interne de l'hospice général de Rouen.

Le soir du 14 juillet, M. Ragueneau avait eu à faire l'opération de la trachéotomie à un enfant atteint du croup. C'est pendant cette opération qu'il contracta le germe de la diphtérie qui vient de l'emporter.

Encore une victime de plus du devoir professionnel.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

CLINIQUE NATIONALE OPHTALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS

Les tumeurs de la rétine. — Le gliôme et le cancer mélanique,

Par M. E. VALUDE.

Messieurs,

On n'a observé, jusqu'ici que deux espèces de tumeurs de la rétine : l'une, *le gliôme*, est peut-être la plus maligne de toutes les néoplasies qui prennent naissance dans les membranes internes de l'œil; l'autre, le *cancer mélanique*, se développe aux dépens de l'épithélium pigmentaire de la rétine; c'est une tumeur très rare.

Etudions d'abord le gliôme.

Quelle est la structure de cette tumeur? aux dépens de quels éléments rétiniens prend-elle naissance? dans quelle classe de tumeurs doit-elle être rangée? Telles sont les questions que nous devons nous poser tout d'abord.

Je dois vous dire de suite qu'aux deux dernières on ne peut, dans l'état actuel de la science, donner une réponse satisfaisante.

Le tissu du *gliôme* est formé par une agglomération considérable de noyaux et de cellules unis entre eux par une très faible quantité de substance amorphe: cellules et noyaux sont le plus souvent disposés assez régulièrement autour des vaisseaux, auxquels ils forment comme une sorte de manchon, et cette disposition donne alors aux coupes de la tumeur une apparence tubulée. D'autres fois, ils sont disposés en rangées multiples les uns à côté des autres, sans qu'il y ait de vaisseaux au centre de la masse ainsi formée. Virchow compare la disposition des cellules dans ce cas à celle des grains sur un épi de maïs. Quant aux caractères de ces éléments cellulaires, les noyaux ressemblent beaucoup à ceux des couches granuleuses, et les cellules sont petites, rondes, avec, parfois, de fins prolongements.

Si nous passons maintenant à la question du point d'origine de la tumeur, nous allons nous trouver en présence des opinions les plus diverses, et je vous demande la permission de les citer sans prendre parti pour l'une ni pour l'autre.

Klebs pense que le gliôme peut prendre naissance aux dépens de tous les éléments rétiniens; c'est l'hypothèse la plus large, mais ce n'est pas celle qui a le plus de partisans; Iwanoff croit que c'est seulement des couches internes qu'il tire son origine, tandis que Hirschberg et Knapp le font naître exclusivement de la couche granuleuse interne. Enfin, pour Virchow, le gliôme prend son origine dans la névroglie et en particulier dans les noyaux des fibres de Muller. M. Lancereaux, sans rien affirmer, se demande si le gliôme ne provient pas de la mince couche de tissu conjonctif qui entoure les vaisseaux rétiniens.

En somme, l'origine du gliôme n'est pas encore connue et, par suite, nous ne pouvons nous appuyer pour classer cette tumeur que sur les caractères histologiques des éléments qui entrent dans sa constitution et sur les rapports que ces éléments affectent entre eux. Or, ici, nous retrouvons de nouvelles difficultés; certains caractères plaident en faveur du sarcome, d'autres du carcinome vrai. Je ne puis entrer ici dans plus de détails ; vous trouverez, du reste, dans le traité des tumeurs de Virchow, une longue et intéressante discussion sur les origines du gliôme de la rétine, et sur le fait de savoir s'il doit être considéré comme une variété de sarcome ou comme un carcinome. Vous verrez qu'il y a des cas fort embarrassants pour lesquels on a créé le nom de tumeurs mixtes, de gliosarcomes, ce qui ne signifie pas grand'chose, soit dit en passant. Si le gliôme prend naissance dans les éléments nerveux de la rétine, ou dans la névroglie, il doit être classé dans les cancers vrais, car ces deux tissus sont d'origine ectodermique. Ce fait, contesté pendant longtemps pour la névroglie par M. Ranvier, malgré les preuves données par Robin, est définitivement reconnu exact aujourd'hui par tous, et par M. Ranvier lui-même.

Quoi qu'il en soit, le gliôme est une tumeur extrêmement maligne. Il envahit les membranes de l'œil en suivant les vaisseaux lymphatiques. Le corps vitré peut être pénétré par la tumeur, mais il se résorbe devant elle sans subir de dégénérescence. Il en est de même du cristallin, qui est transformé en blocs colloïdes.

Il est à noter que, malgré cette malignité, les ganglions lymphatiques ne sont presque jamais atteints.

Nous ne savons rien sur les causes qui favorisent l'éclosion du gliôme pas plus que sur les autres tumeurs; je me borne à vous signaler, sans chercher à en tirer aucune déduction, la présence de bacilles tuberculeux. constatée une fois dans une de ces tumeurs par M. da Gama-Pinto. Le gliome peut se montrer dans les deux yeux à la fois, et cette coïncidence a pu faire croire, dans quelques cas, à une récidive rapide dans l'autre œil après une énucléation. Enfin l'hérédité semble jouer un certain rôle. Lerche a vu le gliôme chez 7 enfants de la même famille, et Sichel chez 4.

On peut trouver aussi à propos du gliôme dans les antécédents du sujet malade, des individus atteints de tumeurs malignes ou bénignes mais d'une nature différente.

Au point de vue clinique, nous pouvons considérer trois périodes dans l'évolution de cette maladie :

1° Période de début, latente ;

2° Période d'état, ou de tumeur manifeste ;

3° Evolution de la tumeur en dehors de la coque oculaire, période du fongus.

Symptômes. — Le gliôme est une maladie qui ne s'observe que chez les très jeunes enfants vers l'âge de 1 à 3 ans. Comme ces petits malades ne se rendent que très imparfaitement compte des troubles visuels qu'ils peuvent éprouver, ce n'est que lorsque la tumeur a déjà pris un grand développement, quand elle commence à être visible à travers la pupille sous la forme d'un aspect chatoyant particulier, et qu'elle a déterminé le phénomène connu sous le nom « d'œil de chat amaurotique » que les parents s'aperçoivent qu'il se passe quelque chose d'anormal dans l'œil de leur

enfant et demandent avis à un médecin ; malheureusement il est souvent trop tard.

Cette lésion qu'il serait si important de diagnostiquer dès le début, n'a été vue à cette période que par quelques rares observateurs.

A l'ophtalmoscope, le gliôme au début présente l'aspect suivant : c'est une plaque blanche, légèrement saillante, que M. de Wecker a comparée comme aspect à celle d'une petite « masse de coton ». Les bords en sont mal arrêtés, et à cette époque il n'y a pas de vaisseaux propres à sa surface. Par places, cette petite saillie présente des reflets brillants comme ceux que l'on observe dans les plaques de dégénérescence graisseuse de la rétinite albuminurique.

Bientôt la plaque augmente de volume, elle devient de plus en plus saillante et se développe dans une direction qui varie pour chaque cas en particulier. Tantôt la rétine est envahie sur toute son étendue, et de sa face interne s'élèvent des bourgeons plus ou moins volumineux qui pénètrent le corps vitré.

Tantôt il se forme une tumeur volumineuse, insérée sur un espace relativement restreint de la rétine, cette tumeur pousse devant elle le corps vitré qui se résorbe, et arrive ainsi à occuper toute la cavité du globe. Dans d'autres cas, la tumeur, née au voisinage de la papille, se porte directement en avant, traverse le corps vitré et s'étale comme une gerbe à la face postérieure du cristallin. Vous vous rendrez facilement compte de l'aspect du néoplasme arrivé à cette seconde période, en parcourant les planches qui accompagnent l'excellente monographie du gliôme publiée par M. Gama-Pinto.

L'augmentation de volume de la tumeur se traduit par des symptômes dont nous n'avons pas encore parlé. L'un des plus importants, bien qu'il ne soit pas pathognomonique, tant s'en faut, c'est cette coloration particulière de la pupille qui apparaît quand on regarde l'œil sous une certaine incidence. Le fond de l'œil paraît nacré, irisé, chatoyant, comme celui de certains animaux, qui ont un tapis. Cet aspect particulier de la pupille a fait comparer ces yeux à ceux des chats, et, comme, en même temps que l'on observe ce symptôme, la vision se trouve abolie, Beer a donné à cet aspect le nom « d'œil de chat amaurotique ». Comme ordinairement, à cette période de l'évolution du gliôme, l'humeur aqueuse est assez transparente pour permettre de faire un examen ophthlamoscopique, vous voyez des masses néoplasiques bosselées, de couleur jaune, plus ou moins volumineuses et disposées suivant les différents types, comme je vous le disais il y a un instant. En même temps, on peut voir, la rétine là où elle n'est pas encore envahie, décollée, soit sur certains points, soit sur toute son étendue.

Nous allons entrer maintenant dans la troisième période. La sclérotique dégénérée, envahie par la néoplasie, cède devant la tumeur, qui s'accroît sans cesse, et qui vient faire saillie soit dans l'orbite soit sous la conjonctive. Dans quelques cas, la sclérotique est restée intacte, mais la cornée gênée dans sa nutrition s'est nécrosée en masse, et s'est détachée d'une seule pièce comme un verre de montre, laissant un libre passage à la tumeur.

Quel que soit le point où la tumeur s'est échappée à travers les mem-

branes de l'œil, elle arrive vite sous la conjonctive, et forme sous les paupières une masse rouge, fongueuse, irrégulière, saignant au moindre attouchement; ce fongus, comme on l'appelle, peut atteindre le volume du poing et même le double.

A cette période ultime, le nerf optique est, dans la grande majorité des cas, envahi par la néoplasie, et l'on voit apparaître des troubles de l'innervation, consécutifs au développement de tumeurs secondaires, dans les méninges et les os du crâne; plus rarement, on observe des tumeurs secondaires dans la moelle, le foie, les reins et les ovaires.

La mort est le résultat, soit des troubles nerveux, soit d'une complication intercurrente.

Diagnostic. — Le diagnostic de cette maladie doit être fait à chacune des trois périodes de son évolution :

1° Au début, alors que le gliôme se présente sous la forme d'une masse blanche à reflets chatoyants, qui fait une légère saillie dans le corps vitré, on peut faire deux sortes d'erreur de diagnostic : 1° On peut prendre cette petite plaque de gliôme pour une lésion d'une autre nature ; ou bien, 2°, croire qu'il s'agit d'un gliôme alors que l'on se trouve en présence d'une affection qui n'est pas néoplasique.

Dans le premier cas, on peut prendre la plaque gliomateuse pour une plaque de dégénérescence graisseuse de rétinite albuminurique. On évitera facilement cette erreur en tenant compte : de l'âge du malade, de la dissémination des lésions dans la rétinite albuminurique, du trouble général de la rétine qui est comme voilée, du siège des lésions au voisinage de la pupille et surtout de la macula. Comme exemple de lésions qui peuvent être prises pour un gliôme, je vous citerai le coloboma du nerf optique, pris une fois pour un gliôme au début (de Wecker), et les fibres à myéline.

Quand il s'agit d'un coloboma du nerf optique, la situation des vaisseaux suffit, à elle seule, pour faire le diagnostic. Quand aux plaques de fibres à myéline, elles ont une structure striée surtout bien manifeste aux extrémités de la plaque, que l'on ne retrouve jamais dans le gliôme.

A la seconde période, deux cas peuvent se présenter :

1° L'humeur aqueuse et le cristallin sont assez transparents pour permettre l'examen op thalmoscopique.

Le diagnostic est, en général, facile ; mais il faut se souvenir que le gliôme n'est pas seul à donner le symptôme que nous connaissons maintenant sous le nom d'œil de chat amaurotique, qu'il se rencontre avec des caractères semblables dans les choroïdites suppurées et les abcès du corps vitré consécutifs à un traumatisme.

Dans la choroïdite suppurée aussi bien que dans les abcès du vitreum, la présence du pus ou d'une infiltration de leucocytes très dense dans le corps vitré peut donner lieu à un chatoiement semblable à celui qu'on rencontre dans le gliôme, mais il existera alors des symptômes d'iridocyclite purulente : injection ciliaire, chémosis, douleurs plus marquées que dans le gliôme. Puis on relèvera dans les commémoratifs une infection de cause soit externe soit interne.

2° L'humeur aqueuse est trouble et le cristallin est opacifié, il est impossible d'éclairer le fond de l'œil. (C'est, d'ailleurs, une circonstance assez exceptionnelle.)

On recherchera d'abord si la tension de l'œil est diminuée ou si elle est augmentée.

Si la tension est diminuée, si l'œil est en voie d'atrophie, il ne s'agira probablement pas d'un gliôme.

Si la tension de l'œil est augmentée, on peut alors hésiter entre un gliôme ou une affection inflammatoire de l'œil avec poussée glaucomateuse.

La déformation du segment antérieur de l'œil plaide en faveur du gliôme.

A la troisième période, en présence du fongus plus ou moins volumineux on peut se poser les questions suivantes :

1° La tumeur a-t-elle pris naissance dans l'orbite ou dans les membranes de l'œil?

2° A quelle espèce de tumeur a-t-on affaire?

Ce sont ici les commémoratifs qui aideront à éclairer le diagnostic.

Il y a un point très important du diagnostic qu'il faudrait bien avoir élucidé, parce qu'il décide de l'intervention chirurgicale, et qui est le suivant : le nerf optique est-il envahi audelà des limites accessibles au chirurgien?

Malheureusement, à aucune des périodes de la maladie on ne peut se prononcer. On sait bien qu'à la troisième période l'envahissement du nerf optique est certain, mais, ce qui est plus fâcheux, on ne peut affirmer l'intégrité du conducteur nerveux même aux premiers débuts du mal. On a vu des récidives survenir après l'énucléation, alors que le gliôme était à peine né et que l'examen histologique ne révélait rien d'anormal du côté du nerf optique. Cette constatation doit rendre le pronostic opératoire plus que réservé et, en effet, il est toujours fâcheux.

Dès que le gliôme est reconnu, il faut sans retard pratiquer l'exentération de l'orbite.

Si les deux yeux sont pris, il ne faut pas hésiter à les sacrifier tous les deux.

Dans le cas où il s'est déjà produit un fongus lorsque le nerf optique est sûrement envahi, on peut se demander s'il y a intérêt à pratiquer encore l'exentération? En effet, à cette période, l'envahissement du cerveau par les masses gliomateuses étant certaine, l'opération ne saurait aboutir qu'à un insuccès même immédiat.

Telles sont les règles thérapeutiques formelles à l'égard de cette maladie : vider tout le contenu de l'orbite, le plus vite possible, sauf dans le cas où le mal a dépassé sûrement cette cavité.

Et avec une ligne de conduite aussi radicale, les insuccès sont encore la règle; le gliôme enlevé d'un côté récidive ordinairement dans l'autre œil et sa destruction absolue est très rare.

L'opération radicale s'impose toujours quand elle est possible, parce que c'est le seul moyen que nous ayons de lutter contre le mal; mais le pronostic est toujours très grave, même si l'affection est d'apparence très limitée.

Il me reste maintenant à vous dire un mot du *cancer* mélanique de la rétine. L'existence de cette espèce de tumeur est niée par la plupart des ophtalmologistes. Il n'est pas absolument prouvé cependant, que certaines tumeurs mélaniques de l'œil, regardées comme des sarcomes de la choroïde, ne soient des carcinomes vrais, développés dans l'épithélium pigmentaire

de la rétine. M. Lancereaux, dans son traité d'anatomie pathologique, a déjà émis cette hypothèse depuis longtemps. Pour mon compte, je connais l'histoire d'un malade, chez lequel on avait dû faire l'énucléliation de l'œil gauche pour une tumeur mélanique, sur la nature de laquelle je n'ai malheureusement aucun renseignement. Un an plus tard ce malade succombait à l'hôpital Saint-Antoine, et à l'autopsie on trouvait le foie marbré de taches noires et blanches, dues à la généralisation de la tumeur oculaire. L'examen microscopique, fait au Collège de France, fit voir qu'il s'agissait d'un cancer vrai.

Cette observation est trop incomplète pour être démonstrative, mais e le m'aura servi à attirer votre attention sur un point intéressant de l'histoire des tumeurs de la rétine.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

MÉDECINE

Maladies du cœur

Contribution au diagnostic des tumeurs cardiaques primitives. — Myxome de l'oreillette gauche, par le docteur Léon Berthenson (de Saint-Pétersbourg). (*Archives de médecine expérimentale*, mai 1893.)

Les auteurs s'accordent pour reconnaître qu'il est à peu près impossible de diagnostiquer les tumeurs du cœur : tout au plus peut-on, dans les cas où le néoplasme est secondaire, *soupçonner* la possibilité d'une localisation cardiaque.

C'est là, du moins, l'opinion de Schrœtter.

M. Berthenson s'efforce, dans son travail à propos d'un cas par lui observé, de donner quelques signes permettant de reconnaître les tumeurs cardiaques.

Et d'abord, on n'a publié que 30 cas de tumeur primitive du cœur. Sur ces 30 cas, 9 on trait à des sarcomes, 7 à des myxomes, 6 à des fibromes, 2 à des gommes syphilitiques (que M. Berthenson n'admet pas au nombre des tumeurs cardiaques primaires), 3 à des cancers, 2 à des lipomes et 1 à une tumeur cystique. 7 fois la tumeur occupait l'oreillette droite, 3 fois le ventricule droit, 7 fois l'oreillette gauche, 5 fois le ventricule gauche, 4 fois elle siégeait dans la cloison.

Ces tumeurs sont, le plus souvent, intracavitaires ; les sujets atteints étaient des enfants, des adultes ou des vieillards ; le sexe est indiqué 20 fois : il y avait onze hommes et neuf femmes.

Cliniquement, dans le cas observé par le docteur Berthenson, on a noté de la dyspnée, des pertes de connaissance, des frissons ; on a vu se produire successivement de l'hémiplégie incomplète à droite, des crachements de sang et de l'hématurie. Les signes cardiaques étaient une voussure dans la région du sternum surtout marquée à gauche ; un léger frémissement à la palpation ; une augmentation de la matité précordiale, un vague bruit de souffle systolique à la pointe, un pouls petit, irrégulier, fréquent.

A l'autopsie, on trouva une tumeur myxomateuse, granulée, ressemblant à une grappe de raisin implantée sur la paroi postérieure de l'oreillette gauche.

Cette tumeur mesurait six centimètres de longueur sur huit centimètres de largeur. Il y avait en outre des foyers hémorrhagiques des poumons et des reins.

Le diagnostic porté du vivant de la malade avait été anévrysme de l'aorte ; l'auteur

insiste sur la valeur diagnostique qu'on doit désormais attacher aux embolies, aux syncopes et pertes de connaissance fréquentes, et au caractère peu accentué et fugitif des souffles perçus, apparaissant ou disparaissant, augmentant ou diminuant suivant la position de la tumeur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ENDOCARDITE TUBERCULEUSE, par V. HANOT, *Archives générales de médecine*, juin 1893.

L'auteur, après avoir rappelé les travaux de COINSART, de Lancereaux, de Rindfleisch sur les rapports des affections du cœur avec la tuberculose, cite la statistique du professeur Potain, qui sur 54 cas de rétrécissement initial examinés anatomiquement, a trouvé neuf fois de la tuberculose pulmonaire, celle de Peray Kidd qui, sur 500 sujets phtisiques, trouva 27 cas d'endocardite, et celle de Osler qui, sur 216 autopsies de phtisiques, a vu douze fois des végétations endocardiaques récentes.

M. Hanot reconnaît trois formes d'endocardite tuberculeuse : la forme caséeuse, la forme granulique, la plus fréquente, et enfin la forme ulcéreuse, assez rare. Dans quelques cas seulement, on a trouvé le bacille de Koch dans les régions cardiaques.

L'auteur rapporte ensuite quatre observations de tuberculose pulmonaire, dans lesquelles l'examen microscopique a montré la présence de lésions valvulaires. Trois fois il y avait des végétations sur les sigmoïdes aortiques et deux fois sur la valvule mitrale.

Dans un de ces cas, l'examen bactériologique a montré la présence d'un bacille droit dont il a été impossible de déterminer les caractères. Dans les trois autres cas, il a été impossible de trouver des agents microbiens.

Le savant médecin de l'hôpital Saint-Antoine admet volontiers que, dans ces cas, stériles, bactériologiquement parlant, les lésions d'endocardite ont pu être produites par une toxinie secrète, soit par le bacille de Koch lui-même, soit par un autre microbe pathogène surajouté. On pourrait d'ailleurs assimiler dans une certaine limite ces endocardites toxiques à celles qui s'observent au cours de la maladie de Bright et qui « semblent indiscutablement liées à l'intoxication ». M.-M.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er août 1893. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

Prophylaxie contre le choléra.

M. BABES (de Bucharest), expose les mesures qui ont été prises en Roumanie pour se défendre contre l'invasion des trois dernières épidémies de choléra qui ont sévi dans les pays limitrophes. Si aucun cas de choléra n'a été observé en Roumanie, cela tient à ce que l'on a établi aux frontières un cordon sanitaire et que la quarantaine a été rigoureusement exigée. Les marchandises provenant des pays contaminés ont été sinon prohibées du moins soumises à une désinfection complète.

M. PROUST veut bien croire qu'il n'y a eu aucun cas de choléra en Roumanie, bien que les rapports en aient signalé dans certaines villes ; mais il estime que la question des quarantaines est définitivement jugée, qu'elle est inutile sinon nuisible, les cordons sanitaires s'étant toujours montrés des foyers de dissémination. Il suffit pour les quarantaines maritimes de désinfecter les navires provenant de pays contaminés, et si les na-

vires ont des malades à bord, d'isoler ces malades et de faire subir la désinfection au vaisseau.

MM. Larrey et Lefort appuient l'opinion de M. Proust, et disent que les quarantaines, en ce qui concerne les étrangers non malades, ont fait leur temps.

Prophylaxie du tétanos

M. Péan apporte sa contribution à la discussion sur la *prophylaxie du tétanos* et prend à partie l'opinion de M. Verneuil. Il dit que l'origine équine du tétanos ne saurait aujourd'hui plus être soutenue, que le tétanos n'est qu'un des agents de la malpropreté et qu'il suffit de faire de l'asepsie dans les opérations et de l'antisepsie des plaies pour se mettre à l'abri des accidents tétaniques. M. Péan formule ainsi ses conclusions :

1° Toutes les fois qu'un malade se fait une blessure, même légère, soit en ville, soit à la campagne, laver la plaie avec un liquide antiseptique quelconque et la recouvrir non pas avec un linge perméable, comme on le fait généralement, mais bien avec une substance imperméable, telle que le collodion, le diachylon, etc.;

2° Panser avec plus de soin encore, au moyen des antiseptiques, les plaies plus sérieuses ;

3° Renoncer au thermo-cautère et lui substituer le bistouri, dans tous les cas, pour des débridements, afin de régulariser les plaies et pour enlever les corps étrangers, quand leur volume l'exige ;

4° Remplacer la ligature par le pincement des vaisseaux ;

5° Ne pas laisser volontairement les plaies ouvertes ; les maintenir à l'abri de l'air pendant et après le pansement ;

6° Donner la préférence aux pansements rares ;

7° Immobiliser le mieux possible la région vulnérée ;

8° Isoler les malades, pour les mettre à l'abri de toutes maladies infectieuses.

De la théobromine dans le traitement des hydropisies cardiaques

M. G. Sée expose les résultats excellents qu'il a obtenus dans le traitement des hydropisies cardiaques avec la théobromine, alors que les autres diurétiques n'avaient donné aucun résultat. Cette substance est une diométhylxanthine, homologue de la caféine, mais tandis que la caféine est insoluble dans le benzoate de soude, la théobromine est complètement insoluble dans ce sel. A la dose de 4 à 5 grammes par jour, la théobromine produit des effets diurétiques remarquables ainsi qu'en témoignent les sept observations que rapporte M. Sée.

Etudiant ensuite le mécanisme de l'action de ce médicament, M. G. Sée le compare aux autres diurétiques, la digitaline, le strophantus, la caféine, le lait et la lactose, le calomel, et leur préfère la théobromine; parce qu'elle est absolument inoffensive; ses effets sont plus prolongés, elle ne produit pas d'excitation comme la caféine ni d'accidents rénaux.

M. Le Roy de Méricourt ne saurait accepter l'opinion de M. G. Sée qui considère le *mathé* comme une substance dangereuse.

Le mathé, au contraire, jouit des propriétés qui ont été dernièrement attribuées à la kola, et peut être pris pendant longtemps sans amener aucun accident.

M. Constantin Paul est d'avis que la caféine, que l'on retire presque exclusivement du thé, est un médicament inconstant et que les résultats que l'on obtient varient avec la composition de la caféine, qui n'est jamais identique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2? juillet 1893. — Présidence de M. Danot.

Sommaire. — Gamalera : Du choléra virulent et épidémique. — Viaht : Faisceau transverse du lobule lingual. — Bourguelot : Ferments solubles des champignons. — Féré : Tératologie. — Communications diverses.

— M. Gamalera rappelle ses travaux antérieurs sur la virulence des vibrions cholériques ; il avait réussi à exalter tellement le pouvoir pathogène de l'agent du choléra qu'il produisait la septicémie chez les animaux. Ce microbe exalté lui a servi comme point de départ pour un certain nombre de recherches sur la vaccination, la pathogénie et l'immunité cholériques. Ces recherches ont été confirmées et il a pu, d'autre part, déterminer les conditions qui exaltent la virulence du microbe cholérique : c'est la concentration de son milieu nutritif, l'abondance en matières salines de son bouillon de culture. Ces faits pourraient peut-être expliquer pourquoi l'apparition et l'extension du choléra sont liées au dessèchement du sol humide, à l'abaissement du niveau d'eau souterraine.

— M. Vialet a constaté, au cours de ses recherches sur la structure fine du lobe occipital et le trajet intra-cérébral des conducteurs optiques, l'existence à la partie inférieure de la corne occipitale, d'un faisceau spécial, ou fibre d'association, visible sur des coupes vertico-transversales ; ce faisceau tire son origine de la scissure calcarine et du lobe lingual, double le faisceau longitudinal de Burdach, contourne avec lui la paroi inférieure du ventricule et s'épanouit dans les circonvolutions occipitales de la convexité.

M. Vialet propose de donner à ce faisceau le nom de faisceau du lobe lingual. Au point de vue physiologique, il est probable qu'il représente un ensemble de fibres d'association mettant en communication le centre visuel cortical situé à la face interne du lobe occipital avec le centre des souvenirs visuels, situé dans les circonvolutions occipitales de la convexité.

— M. Bourquelot a recherché expérimentalement pourquoi les champignons, parasites des arbres, amenaient la mort de ceux-ci. Il a reconnu que les ferments solubles que contiennent les champignons décomposaient la substance du bois, pour permettre l'assimilation des glucosides.

— M. Féré a injecté de la morphine, de l'acétate de plomb et d'autres substances en solution, dans l'albumine d'œufs qu'il a ensuite soumis à l'incubation. Il a constaté un retard dans l'éclosion et des anomalies de développement chez les embryons.

— MM. Meyer et Biarnès (de Toulouse) ont envoyé une note sur *l'oxygène du sang artériel dans les variations de la capacité respiratoire.*

— M. Loysel a fait déposer une note, sur le *développement des fibres élastiques de l'épiglotte.*

— M. Beauregard dépose une note de M. Laguerre (de Lille), sur la *formation des îlots de Langerhaus dans le pancréas.*

— M. Charvin dépose une note de M. Veillon, relative à un *microbe pyogène anaérobie.*

— M. Pilliet est élu membre de la Société de biologie par 20 voix sur 24 votants.

— La Société entre en vacances et ne reprendra ses séances que le premier samedi d'octobre.

Nouveaux décrets ayant trait à l'exercice de la médecine

Diplômes des sages-femmes

Article 1er. — Les études en vue de l'obtention des diplômes de sage-femme durent deux années.

Elles sont théoriques et pratiques.

Art. 2.— La première année d'études pour le diplôme de 1re classe peut être faite dans une faculté, dans une école de plein exercice, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ou dans une maternité.

La seconde est nécessairement faite dans une faculté ou dans une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Art. 3. — Les deux années d'étude pour le diplôme de 2e classe peuvent être faites dans une faculté, dans une école de plein exercice, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ou dans une maternité.

Art. 4. — Les aspirantes au diplôme de sage-femme subissent deux examens :

Le premier à la fin de la 1re année ; il porte sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie élémentaire ;

Le second, à la fin de la deuxième année ; il porte sur la théorie et la pratique des accouchements.

Les élèves ajournées par les jurys des facultés ou par les jurys des écoles à la session de juillet-août sont admises à renouveler l'examen dans une session qui sera ouverte à cet effet à la fin du mois d'octobre suivant.

A la suite de ce dernier examen, le diplôme est conféré, s'il y a lieu, dans les formes établies.

Art. 5. — Le premier examen des aspirantes au diplôme de 1re classe peut avoir lieu devant la faculté ou école où a été faite la première année d'études ; si cette année d'études a été faite dans une maternité, l'examen a lieu indifféremment devant une faculté, une école de plein exercice ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Le deuxième examen ne peut avoir lieu que devant l'établissement où a été faite la deuxième année d'études.

Les examens pour le diplôme de 2e classe ont lieu devant une faculté ou une école de plein exercice, ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Lorsque les examens ont lieu devant une école, le jury est composé de deux professeurs de l'école, présidés par un professeur ou un agrégé de faculté.

Art. 6. — Les aspirantes au diplôme de sage-femme se font inscrire dans les facultés ou dans les écoles de médecine, du 1er au 15 octobre de chaque année.

Passé ce délai, aucune inscription n'est admise.

Art. 7. — En se faisant inscrire dans une faculté, dans une école de médecine ou dans une maternité, les aspirantes au diplôme de sage-femme déposent les pièces suivantes :

1° Un extrait de leur acte de naissance constatant qu'elles ont l'âge requis par les règlements ;

2° Si elles sont mineures non mariées, l'autorisation de leur père ou tuteur;

3° Si elles sont mariées et non séparées de corps, l'autorisation de leur mari et leur acte de mariage ;

4° En cas de séparation de corps, l'extrait du jugement passé en force de chose jugée ;

5° En cas de dissolution du mariage, l'acte de décès du mari ou l'acte constatant le divorce ;

6° Un certificat de vaccine ;

7° Un certificat de bonne vie et mœurs :

8° Un extrait du casier judiciaire ;

9° Pour le diplôme de sage-femme de 1re classe, le brevet de capacité élémentaire de l'enseignement primaire ;

Pour le diplôme de sage-femme de 2e classe, le certificat obtenu à la suite de l'examen prévu par l'arrêté du 1er août 1879.

Art. 8. — Les sages-femmes reçues à l'étranger devront subir les examens prévus au présent décret.

Elles pourront obtenir dispense partielle ou totale de la scolarité.

Art. 9. — Le présent décret recevra son effet à partir du 1er octobre 1893.

Cependant les aspirantes au diplôme de sage-femme de 1re classe qui ne seraient pas pourvues du brevet de capacité élémentaire de l'enseignement primaire pourront, pendant une période de trois années, du 1er octobre 1893 au 1er octobre 1896 exclusivement, présenter le certificat obtenu à la suite de l'examen prévu par l'arrêté du 1er août 1879.

Il n'est rien modifié aux conditions actuelles d'admission aux grades des élèves de la maternité de Paris.

Art. 10. — Les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret sont et demeurent abrogées.

Diplômes de chirurgien-dentiste

Art. 1er. — Les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste ont une durée de trois ans.

Art. 2. — Les aspirants doivent produire, pour prendre leur première inscription soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures.

Art. 3. — Ils subissent, après la douzième inscription, trois examens sur les matières suivantes :

1er *examen.*

Eléments d'anatomie et de physiologie ;

Anatomie et physiologie spéciales de la bouche.

2e *examen.*

Eléments de pathologie et de thérapeutique ;

Pathologie spéciale de la bouche ;

Médicaments ; anesthésiques.

3e *examen.*

Clinique ; affections dentaires et maladies qui y sont liées. — Opérations.

Exécution d'une pièce de prothèse dentaire.

Art. 4. — Les examens sont subis au siège des facultés et écoles de médecine où l'enseignement dentaire est organisé, devant un jury de trois membres.

Peuvent faire partie du jury des chirurgiens-dentistes, et, par mesure transitoire, des dentistes désignés par le ministre de l'instruction publique.

Le jury est présidé par un professeur de la Faculté de médecine.

Art. 5. — Les dentistes inscrits au rôle des patentes du 1er janvier 1892 peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste, à la condition de subir les examens prévus par l'article 3 du présent décret.

Les dentistes de nationalité française, inscrits à ce rôle antérieurement au 1er janvier 1889, sont dispensés en outre du premier examen.

Les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du présent décret, peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste, à la seule condition de subir le deuxième examen.

Art. 6. — Les dentistes reçus à l'étranger et qui voudront exercer en France seront tenus de subir les examens prévus au présent décret.

Ils pourront obtenir dispense partielle ou totale de la scolarité, après avis du comité consultatif de l'enseignement public.

Art. 7. — Un règlement spécial, rendu après avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique, organisera l'enseignement dans celles des Facultés et Ecoles de médecine où il pourra être établi.

Fait à Marly-le-Roi, le 25 juillet 1893.

CARNOT.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'instruction publique,
des Beaux-Arts et des Cultes,

R. POINCARÉ.

COURRIER

CONGRÈS DE ROME. — La faculté de Paris a désigné pour la représen er au Congrès de Rome, MM. Brouardel, Charcot, Bouchard, Hayem, Richet, Pinard.

CINQUANTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — La Société de chirurgie de Paris fêtera son cinquantenaire le dernier mercredi d'octobre, sous la présidence d'honneur d M. Marjolin, membre fondateur, et de M. Verneuil. Une médaille commémorative sera frappée et distribuée à tous les membres de la Société.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES. — M. le médecin principal Fayet a pris les fonctions de médecin-major du 2e régiment d'infanterie de marine, en remplacement de M. le médecin principal Siciliano.

M. le médecin de 1re classe Vergos est nommé président à l'hôpital maritime en remplacement de M. Quédec.

MM. le médecin de 1re classe Crossouard et le médecin de 2e classe Pierre, du cadre colonial, seront embarqués sur le steamer affrété *Calédonie*, le 3 août, le premier en qualité de commissionnaire du Gouvernement.

M. le médecin de 2e classe de la marine F.-A. Moussoir, détaché hors cadre comme médecin civil à Rufisque (Sénégal), est réintégré dans le service actif, pour compter du 5 septembre 1893.

Sont désignés pour servir comme aides-major au corps expéditionnaire du Bénin, MM. les médecins de 2e classe Guillaud, aide-major du 1er régiment d'infanterie de marine à Cherbourg ; Salaun, aide-major aux batteries d'artilleries à Rochefort, et Lorin, aide-major au 6e régiment d'infanterie de marine à Brest.

Des médecins de 1re et de 2e classe sont demandés pour aller servir à Konakry (Guinée française). — Départ de Marseille, le 10 août prochain.

Un médecin de 2e classe est également demandé pour embarquer comme médecin-major à bord de l'*Africain*, à Saint-Louis (Sénégal).

AVIS. — Le docteur Gros-Fillay, à Nonancourt (Eure), demande un jeune docteur ou un étudiant ayant passé quatre examens de doctorat pour le remplacer du 6 août au 31 août.

Ecrire directement au docteur Gros-Fillay pour les conditions demandées. — Très urgent.

ECOLES D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIÈRES DE LA SALPÊTRIÈRE. — Samedi dernier a eu lieu à la Salpêtrière la distribution des récompenses méritées par les élèves de l'Ecole.

MÉDECINS ET SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS EN BELGIQUE. — Le Cercle médical de Verviers a dernièrement rejeté à l'unanimité les propositions de la société de secours mutuels l'*Aide mutuelle*.

Cette société, composée de 550 employés ayant des traitements variant entre 2,000 et 8,000 fr., proposait au Cercle médical de se charger du traitement de ses membres et de leurs familles à raison de 0 fr. 75 par visite de cabinet et de 1 fr. par visite à domicile, payables par bon sur la caisse commune, avec réduction de 25 p. 100 pour toutes autres interventions. C'est vraiment par trop peu !

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Saint-Louis. — M. G. Richelot

FIXATION D'UN FOIE DÉPLACÉ

En dépit des principes les mieux établis et des plus sérieux efforts pour ne jamais opérer sans diagnostic précis, nous devons toujours nous attendre, en chirurgie abdominale, à voir nos prévisions déçues et nos plans opératoires modifiés. Il y a encore, il y aura toujours des laparotomies exploratrices.

Le propre de l'affection dont je vais parler est de se rencontrer sans avoir été prévue. L'opération que j'ai faite est la quatrième en date, et quatre fois elle a été faite sans préméditation, au cours d'une laparotomie entreprise pour une autre fin.

Une femme de vingt-huit ans, marchant à peine, entre dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, le 22 mars 1893. Elle est gênée dans son travail depuis une année environ, mais c'est depuis deux mois surtout qu'elle se mit à souffrir du côté droit et sentit dans la fosse iliaque une tumeur qui se déplaçait. Les douleurs revinrent par accès fréquents, elle eut des vomissement bilieux, peut-être un peu de fièvre qui maintenant n'existe plus ; aujourd'hui elle a cessé tout travail, elle est immobilisée, impotente et vient nous demander secours.

On trouve, assez haut dans la fosse iliaque droite, un empâtement dur, circonscrit, sans mobilité, douloureux à la pression. Il n'y a ni fluctuation, ni rénitence. La forme rappellerait un peu celle du rein, au dire d'un de mes internes, qui pense à une ectopie de cet organe fixé par des adhérences inflammatoires. Pour mon compte, je n'admets guère ce diagnostic, mais je pense encore moins au foie, car, entre la tumeur et les fausses côtes, le flanc droit est libre et paraît avoir toute sa souplesse.

Cette tumeur iliaque me semble avoisiner l'intestin et revêtir une des formes connues de l'appendicite, forme assez grave, assez pressante pour motiver une intervention dont la plupart des chirurgiens admettent aujourd'hui l'opportunité. Ajoutons que, le père de la malade étant mort à trente-cinq ans d'une affection thoracique, elle-même ayant eu, à l'âge de treize ans une bronchite qui dura sept mois et nous disant qu'elle s'enrhume facilement l'hiver, enfin mes souvenirs me rappelant certains cas de tuberculose limitée du cœcum ayant eu des allures semblables et dans lesquels j'ai réséqué partiellement la paroi intestinale au grand bénéfice des malades, je suis fort tenté de croire, malgré l'absence de tout signe d'auscultation, à une typhlite tuberculeuse plutôt qu'à un appendicite ordinaire.

L'évolution de cette tumeur douloureuse pouvant entraîner de sérieux dangers, à défaut d'un diagnostic plus certain, l'indication chirurgicale n'est pas douteuse.

Le 12 avril, j'ouvre l'abdomen sur le bord externe du muscle droit, et je mets à nu la tumeur, qui adhère à la paroi dans toute la hauteur de mon incision. Je la décolle sans peine, et, à mon grand étonnement, je reconnais le foie descendu dans la fosse iliaque L'organe est de volume normal, et son tissu paraît sain dans presque toute son étendue ; mais il a changé de place, il est devenu vertical, son lobe gauche occupe l'hypochondre droit, sa face convexe est tournée en dehors, et l'extrémité de son lobe droit est venue se mettre en rapport avec la paroi abdominale un peu au-dessus du cœcum. L'adhérence qui s'est faite en ce point correspond à une surface large comme la paume de la main, où la capsule de Glisson est blanche, épaisse et fibreuse, de telle façon que cette minime partie du foie, qui d'ailleurs ne contient ni kyste ni aucun produit morbide apparent, simulait par sa dureté une tumeur nettement circonscrite. L'intégrité du tissu hépatique au-dessus de la zône fibreuse donnait à la région une souplesse relative qui faisait croire à un vide, à une interruption complète entre la tumeur et les fausses côtes.

Je ne sais d'ailleurs quelle pouvait être l'origine de cette périhépatite localisée, qui rendait immobile le foie déplacé et contribuait par là même à l'obscurité du diagnostic.

Les adhérences ayant été rompues, le foie devient libre et mobile, et je le repousse facilement en haut, de manière à lui rendre à peu près son attitude normale. L'idée me vient aussitôt de le fixer après l'avoir réduit. En effet, l'épaississement limité de la capsule ne constitue pas une lésion grave et ne saurait motiver une résection partielle. Au contraire, il est très indiqué d'empêcher le déplacement de se reproduire, avec les tiraillements douloureux, les compressions, les adhérences bizarres qu'il peut encore entraîner. Cette fixation est d'autant plus opportune, que la zône fibreuse est toute faite pour admettre les fils sans se déchirer ni saigner, et pour contracter facilement de nouvelles adhérences.

Je remonte le foie le plus haut possible avec deux doigts de la main gauche, de telle sorte que son bord antérieur dépasse encore de trois travers de doigt les fausses côtes. Un aide attire en haut l'extrémité supérieure de mon incision cutanée, en la faisant glisser sur les couches profondes de la paroi. Je passe à travers ces couches et la partie épaisse de la capsule, trois fils de catgut montés sur une aiguille courbe, et je les noue solidement, sans voir ni déchirure ni écoulement sanguin. Puis je ferme la paroi comme à l'ordinaire.

Les suites de cette opération ont été nulles, et j'ai revu la malade aujourd'hui même, c'est-à-dire près de trois mois après mon intervention. La guérison est complète ; le foie, facile à sentir à travers la paroi abdominale, est collé à la place où je l'ai mis et déborde les fausses côtes de trois travers de doigt. Le ventre est souple, insensible, et la malade, qui avait pris une ceinture et la trouvait gênante, ne veut déjà plus la porter. Elle marche longtemps sans fatigue et se déclare aussi bien portante que jamais.

J'ai dit que mon observation était la quatrième ; mais ce n'est pas tout à fait exact (1). Dans les deux premiers cas, Billroth et Tscherning fixèrent à

(1) J.-L. Faure. « L'appareil suspenseur du foie, l'hépatoptose et l'hépatopexie » thèse de Paris, 1892.

la paroi abdominale non pas le foie lui-même qui était à sa place, mais un lobule pédiculé et flottant de cet organe, qu'ils avaient pris pour une tumeur. Cette fixation partielle est une opération tout autre, car un simple lobule était forcément plus léger et moins rebelle que ne l'eût été le foie lui-même. Au contraire, dans le cas de Gérard-Marchant, il s'agit d'un foie mobile en totalité; c'est donc bien notre collègue qui fit pour la première fois, le 23 mars 1891, une « hépatopexie » au sens propre du mot. Seulement, d'après les termes de cette observation, la malade continua de souffrir après l'intervention chirurgicale, et elle ne fut guérie qu'après la fixation du rein, qui lui-même était mobile; puis, quelques temps après, il fut constaté que le foie retombait dans l'abdomen. Par conséquent, la fixation hépatique n'avait pas été durable, et pendant le temps qu'elle avait persisté, elle n'avait pas atteint son but. Le résultat que j'ai obtenu est meilleur, puisque la douleur a disparu, la malade est redevenue alerte et l'organe reste à sa place. Donc, l'opération que j'ai faite est la deuxième en date, mais en réalité c'est la première fixation du foie *réussie* et *curative*.

J'ai encore à citer quelques faits de détail.

L'organe adhérent simulait une tumeur absolument fixe dans la fosse iliaque; c'est un cas très exceptionnel, car « le foie prolabé est essentiellement mobile » dans toutes les observations.

La malade ne présente aucun degré d'enteroptose; tous les autres viscères sont à leur place, la paroi abdominale est ferme et le ventre plat. Son appétit est conservé, ses digestions régulières. Elle a eu trois grossesses normales. Le seul fait à signaler au point de vue de l'étiologie, c'est qu'elle est « passementière au pied », c'est-à-dire qu'elle est debout toute la journée, manœuvrant une pédale avec le pied droit; mais je doute qu'on puisse tirer de ce détail beaucoup de lumière sur le mécanisme de l'hépatoptose. J'éviterai donc de me livrer à une discussion stérile et de renouveler les hypothèses qu'on a faites sur la pathogénie, et dont quelques-unes sont absurdes.

Au point de vue du diagnostic, il faut rappeler que le déplacement et la mobilité du foie ont été souvent reconnus sans entraîner une intervention chirurgicale; et que la fixation n'a encore été faite que par surprise, au cours d'une laparotomie motivée par une affection mal déterminée, par un diagnostic erroné ou un diagnostic incertain.

Mais un déplacement du foie cliniquement démontré, s'il est douloureux, s'il entrave les fonctions et résiste à la ceinture abdominale, peut fort bien nous conduire, à titre exceptionnel, à une intervention chirurgicale de parti pris. Je n'y vois pas d'objection, pour ma part. Dans cette hypothèse, et si on me demandait mon avis sur la technique de la fixation du foie, je dirais que la seule incision admissible est verticale, sur le bord externe du muscle droit, à l'occasion sur la ligne médiane, et qu'il faut se garder, ici comme ailleurs, d'imiter les chirurgiens qui, à la moindre difficulté, coupent l'abdomen en travers et montrent ainsi une grande inexpérience de la laparotomie. Des fils doivent être passés entre les couches profondes de la paroi abdominale et la face convexe du foie, et appliquer celle-ci au péritoine pariétal sans traverser l'organe de part en part, car le contact arrête l'hémorrhagie, tandis que les trous de la face inférieure pourraient saigner gravement. Ces fils doivent être serrés avec modération, comme dans la

néphropexie, pour ne pas déchirer le tissu. Il doivent être en catgut, et non pas en soie ; il n'est pas vrai de dire que les premiers déchirent plus que les seconds ; jamais on n'est sûr que la soie ne s'éliminera pas en formant des abcès; le catgut est suffisant pour le foie aussi bien que pour le rein et l'utérus, car ce n'est pas le fil qui tient l'organe en définitive, c'est l'adhésion inflammatoire dont il est cause.

REVUE

LES SUPPURATIONS DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE

Tout le monde sait à quel point sont fréquentes les suppurations dans la fièvre typhoïde. Tantôt il s'agit d'une véritable pyémie ou d'une septicémie, tantôt, et heureusement beaucoup plus souvent, les suppurations, tout en pouvant être multiples, ne sont que le signe d'infections locales.

Dès que le bacille typhique fut découvert on lui accorda, suivant les doctrines régnantes il y a quelques années, une spécificité absolue et l'on admit qu'il ne pouvait produire que la fièvre typhoïde ; les suppurations n'étaient que l'indice d'infections secondaires par les microbes pyogènes. Actuellement, sur ce point comme sur beaucoup d'autres, les théories de la première heure on dû s'incliner devant les faits et il est absolument prouvé que le bacille d'Eberth peut être pyogène.

Dans cette courte étude sur les suppurations dans la fièvre typhoïde, nous avons donc à étudier successivement les cas où le bacille d'Eberth est le seul agent de la suppuration et ceux dans lesquels on trouve dans les foyers purulents soit le bacille d'Eberth associé aux microbes pyogènes, soit ces derniers seuls.

I. — Suppurations causées par le bacille d'Eberth.

La première observation de suppuration causée par le bacille d'Eberth seul est due à A. Frankel (VI[e] Congrès de médecine de Wiesbaden, 14 avril 1887). Un malade, à la suite de plusieurs atteintes de fièvre typhoïdes, présentait dans l'abdomen une tumeur empâtée avec fluctuation ; la ponction exploratrice permit de donner issue à du pus qui ne renfermait que le bacille de la fièvre typhoïde.

En réalité, M. Rendu est le premier qui ait signalé la présence du bacille d'Eberth dans une suppuration consécutive de la fièvre typhoïde (pleurésie interlobaire) ; mais il était, dans ce cas, associé aux microcoques que l'on rencontre dans toute suppuration. (Soc. clinique, décembre 1885).

Sans nous astreindre à suivre l'ordre chronologique des observations, étudions maintenant les principales localisations « suppurantes » du bacille d'Eberth.

A. *Orchite typhique*. — C'est un accident rare que Velpeau a, pour la première fois, signalé en 1844. Tavel (1887) reconnut que l'orchite pouvait être causé par le bacille typhique. Ce dernier fut de nouveau trouvé dans le pus testiculaire par MM. Ménétrier et Thiroloix Dans ce cas, l'épidydime était sain, mais il y avait eu élimination d'un bourbillon blanchâtre composé de tubes séminifères très nets.

Au contraire, dans un fait de Girode, l'épidydime suppura. La localisation, dans ce cas anormal, se fit au commencement du troisième septenaire et évolua rapidement, car cinq jours après le début il y avait du pus collecté en divers foyers. C'était une épidydimite interstitielle à développement périvasculaire et d'origine embolique. Le canal déférent et les tubes de l'épidydime étaient intacts et la lésion suppurative était exclusivement intertesticulaire et périvasculaire. Comme le fait remarquer avec raison Girode, cette observation prouve que ce n'est pas seulement, comme on avait cru pouvoir l'admettre, à la fin de la maladie, au moment où sa violence s'atténue que le bacille d'Eberth devient pyogène.

B. *Périostite.* — Ebermaier a publié huit cas de périostites typhiques suppurées. Il a pu deux fois isoler le bacille typhique à l'état pur.

Orloff, Valentini, Colzi ont fait des constatations analogues. En France, les principales observations sont celles de Crome et Achalme. Les localisations du bacille typhique dans le spérioste et les os, peuvent former des foyers dans lesquels le micro-organisme conserve sa vitalité pendant un temps considérable.

Dans un cas publié par Chantemesse, le malade avait depuis trois ans, époque où il avait eu une fièvre typhoïde, des points douloureux dans le membre inférieur gauche avec impotence fonctionnelle, etc., indiquant la vitalité persistante du bacille d'Eberth.

C. *Suppurations internes.* — Lorigo et Pensuti ont trouvé le bacille typhique seul dans le pus d'une pleurésie gauche, survenue chez un homme pendant la convalescence de la dothiénenthérie. Werntrand a tout récemment fait la même constatation.

Chez un individu mort de fièvre typhoïde, Gilbert et Girode ont trouvé la vésicule biliaire remplie de pus et la muqueuse enflammée. Le pus ne renfermait que le bacille d'Eberth. Pour Gilbert et Girode, il s'agissait, dans ce cas, d'une cholécystite suppurée, infectieuse, descendante, le bacille ayant été entraîné dans le foie par la même pente. Chiari vient de publier un cas analogue. Son malade âgé de 12 ans, avait succombé à une dothiénenthérie compliquée de broncho-pneumonie ; la vésicule biliaire était remplie de pus et on trouvait sur ses parois des plaques de nécrose de 2 cent. d'étendue ; un exsudat fibrineux recouvrait le péritoine voisin, mais les voies biliaires étaient saines. L'examen du pus montra qu'il renfermait le bacille d'Eberth en culture pure et que ce même bacille existait dans les parois de la vésicule.

Habituellement, les suppurations de la vésicule surviennent surtout sous l'influence du bacille du côlon (la question des rapports du bacille avec celui de la fièvre typhoïde étant réservée) et on a une cholécystite ascendante (Gilbert et Girode).

Dans une observation de Raymond, une femme, pendant une rechute de fièvre typhoïde, présenta un vaste abcès de la partie abdominale ; le pus renfermait le seul bacille d'Eberth.

Vincent a retiré le bacille typhique à l'état pur d'un abcès de la rate et a trouvé chez le même malade une endocardite végétante ayant une cause identique.

Dans un cas de Panas on voit le bacille typhique se localiser dans un angiome de l'orbite et déterminer la suppuration de la tumeur.

On a encore trouvé le bacille d'Eberth isolé dans le pus d'une méningite. C'est ainsi que chez un petit malade observé par Mauri et Carbone, il survint, trois jours après la défervescence complète, un frisson avec mal de tête intense, de la fièvre, du délire, de la contracture des membres, de l'herpès labial. Il se produisit une paralysie faciale droite et la mort survint le cinquième jour. A l'autopsie, on trouva une méningite cérébro-spinale pleuro-purulente et on isola le bacille d Eberth des méninges. L'intestin présentait les lésions classiques.

Ces faits se relient aux cas atypiques dans lesquels on a trouvé une méningite causée par le bacille d'Eberth, sans qu'il y ait de lésion intestinale. Mais il ne s'agit plus alors de fièvre typhoïde.

Expérimentalement, on a pu produire des abcès chez des animaux en leur inoculant le bacille d'Eberth.

Vingt jours après avoir injecté de la culture bacillaire pure dans la veine de l'oreille d'un lapin, Colzi lui fit une fracture sous-cutanée du fémur droit. Il se développa dans le foyer traumatique un abcès renfermant le bacille typhique. Cette expérience fut répétée un grand nombre de fois en en variant de diverses manières les conditions; dans 11 cas sur 14, des abcès se produisirent au lieu même de la fracture et seulement en ce lieu et une seule fois l'examen bactériologique fut négatif. Une seconde série d'expériences faites avec des bacilles provenant de la rate d'un homme mort de fièvre typhoïde donna les mêmes résultats convaincants.

Orloff a aussi fait des recherches qui l'ont conduit à admettre (cité de Pein, p. 80) que l'injection des cultures typhiques dans les divers tissus, notamment dans les articulations, au dessous du périoste, dans les muscles, sous la peau, provoque une infiltration inflammatoire et plus difficilement une suppuration.

Roux et Vinoy ont isolé le bacille typhique d'un abcès de la rate et ont pu provoquer, en l'inoculant chez un chien, une suppuration du tissu cellulaire.

Gilbert et Girode ont inoculé des cobayes dans le péritoine, le testicule, sous la peau. Ils n'ont obtenu qu'une fois un résultat positif et encore la suppuration ne s'est-elle pas produite au lieu d'inoculation, mais à distance. Ce fait a aussi été observé par Chantemesse.

Enfin, Gasser a fait des expériences qui lui ont montré que le pouvoir pyoègne était fonction du bacille lui-même et non des produits qu'il sécrète. Cependant Orloff aurait réussi à provoquer la suppuration en injectant des cultures stérilisées. Il a expérimenté avec des cultures pures, maintenues pendant 10 à 15 minutes à une température de 100° cent. et a obtenu les mêmes résultats qu'avec les cultures non stérilisées, quoique un peu moins prononcés. Au contraire, Gasser, après avoir stérilisé ses cultures par une exposition d'une demi-heure à une température de 60°, ou par filtration à la bougie Chamberland, n'a pu qu'une fois sur 16 inoculations, provoquer un abcès et, de plus, ce pus ne renfermait pas de microorganismes.

Les inoculations suivies de suppuration ont été pratiquées chez des animaux réfractaires à la fièvre typhoïde visée ; ce serait donc dans un terrain de cultures défavorables que ce bacille ferait du pus. Ce fait expliquerait pourquoi les suppurations créées par les bacilles typhiques, ne se produisent guère chez les hommes qu'au moment de la convalescence, lorsqu'il y

a déjà une sorte d'immunisation partielle. Mais, outre que cette immunisation est fort peu probable, vu la fréquence relative des rechutes, nous avons vu plus haut que les suppurations pouvaient être précoces.

II. — Suppurations dues a l'intervention des microbes pyogènes

Dans la grande majorité des cas, les suppurations de la fièvre typhoïde sont sous la dépendance des microbes ordinaires de la suppuration.

C'est ainsi que dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, Netter faisant connaître le résultat de l'examen de 16 cas de suppuration dans la fièvre typhoïde, arrivait aux résultats suivants :

11 otites	dues au pneumocoque	5
	— pneumocoque et au staphylocoque associés	1
	streptocoque... —	5

Dans deux abcès multiples il y avait le staphylocoque pyogène doré.

Un abcès contenait le streptocoque et le staphylocoque doré, et le premier avait aussi une endocardite ulcéreuse avec infarctus suppurés multiples. Enfin, une méningite suppurée était sous la dépendance du pneumocoque. Le bacille typhique n'existait à l'état pur dans aucun de ces cas.

Chez un malade qui avait présenté des suppurations multiples, Laveran n'a trouvé que le staphylococcus pyogenes aureus. Chez des malades présentant les mêmes accidents, Dunin a noté le même staphylocoque soit seul, soit associé au streptococcus pyogenes.

Vincent a examiné au point de vue bactériologique, 42 cas de suppurations observés chez des malades atteints de fièvre typhoïde soit pendant la vie, soit après la mort.

Le staphylococcus a été trouvé 28 fois;
Le staphylococcus blanc et doré, 4 fois;
Le staphylococcus aureus + bicitreus, 1 fois;
Le streptocoque pyogène, 6 fois;
Le streptocoque + le bacille typhique, 2 fois;
Le bacille typhique seul, 1 fois.

Il s'agissait de périostites suppurées (8); d'abcès de l'aisselle (ganglionnaires, 2; tubéreux, 4); d'abcès de la face, des membres, du thorax, de la région fessière (20); de périostites (4); d'abcès viscéraux ou d'adénites profondes (4).

E. Destrée a examiné 5 cas de suppuration: une fois (otite purulente), le bacille typhique existait seul; dans les 4 autres, le pus ne renfermait que le staphylococcus pyogenes.

En collectionnant ces différents faits et ceux publiés par Frænkel et Simmonds, Seitz, Sœnger, Patello, etc., on peut dire (Vincent) que la proportion des cas de suppuration due au bacille typhique est de un peu plus de 2 p. 100. Le staphylocoque pyogène interviendrait dans 67 p. 100 des cas et le streptocoque dans 31 p. 100.

Même si l'on fait abstraction du siège de l'abcès, il ne faut pas croire que les diverses suppurations aient la même gravité.

Celles qui sont dues au bacille typhique sont relativement peu dangereuses. Elles mettent longtemps à se produire et sont habituellement sous-périostées. Le bacille séjourne donc volontiers dans la moelle même. Il y a,

du reste, longtemps que l'on a remarqué que, après la fièvre typhoïde, les enfants présentent parfois une croissance si rapide, que les téguments, ne pouvant la suivre, présentent des vergetures. Le bacille d'Eberth provoque certainement dans ces cas des phénomènes d'irritation locale qui se traduisent chez l'adulte par des douleurs ostéocopes et des périostites ténaces (Chantemesse).

Les suppurations dues aux staphylocoques pyogènes sont les plus bénignes, tandis que celles causées par les streptocoques sont les plus graves; 5 fois sur 8, Vincent les a vues aboutir à la mort. C'est qu'il se produit alors de véritables infections mixtes très redoutables, et que la fièvre typhoïde prépare un terrain très favorable à la culture du streptocoque.

Dans certains cas, et c'est encore Vincent qui a insisté sur ce point, infection typhique et infection streptococcique sont simultanées et il se produit une sorte de septicémie fort grave. Les lésions intestinales peuvent manquer, et cependant on trouve dans les essais le bacille d'Eberth.

Vincent est aussi parvenu à produire chez l'animal une fièvre typhoïde avec lésions caractéristiques en associant le streptocoque et le bacille d'Eberth.

On comprend que les infections secondaires se font facilement chez les typhiques, vu la fréquence des solutions de continuité de la peau et l'importance de celles du tube digestif.

L'étude rapide que nous venons de faire montre une fois de plus la fréquence des infections polymicrobiennes. L'organisme malade devient un terrain de culture propice pour un grand nombre de microorganismes, aussi un des premiers devoirs du médecin est-il d'éloigner, autant qu'il le peut, par des soins hygiéniques appropriés, les chances si nombreuses d'infections secondaires.

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

Résultats pratiques du Congrès de la Tuberculose en 1891.

Afin d'encourager les Congressistes, M. L.-H. Petit leur a fait connaître les *Résultats pratiques du Congrès de la Tuberculose de 1891*. Le premier vœu émis par le Congrès était :

1° Il serait nécessaire de voir tous les gouvernements inscrire dans leurs règlements sanitaires les mesures les plus efficaces pour empêcher l'extension de la tuberculose bovine.

Plusieurs gouvernements étrangers ont tenu compte de cette proposition, et des mesures ont été prises en Allemagne et en Amérique pour remédier aux dangers de l'usage de la viande ou du lait provenant d'animaux tuberculeux.

2° Le second vœu demandait :

D'établir un service d'inspection des viandes dans toutes les villes, sans exception, pourvues d'abattoir.

Le ministre va demander aux préfets des renseignements sur la situation et tâcher de déférer au vœu du Congrès.

3° Le troisième vœu demandait qu'on supprimât tous les abattoirs privés dans les

agglomérations de plus de 5,000 habitants et qu'on les remplaçât dans le plus bref délai possible par des abattoirs publics, communaux ou cantonaux.

Ce vœu a donné lieu à un procès à propos des abattoirs de Clichy et ce procès a été perdu. La solution de la question dépend du pouvoir municipal.

4° Le quatrième vœu demandait aux pouvoirs publics :

De poursuivre par tous les moyens possibles, y compris l'indemnisation des intéressés, l'application générale du principe de la saisie et de la destruction totale, pour toutes les viandes provenant d'animaux tuberculeux, quelle que soit la gravité des lésions spécifiques trouvées sur ces animaux.

Le principe de la saisie et de l'indemnisation est appliqué dans diverses contrées de l'Allemagne, mais la saisie a été réservée pour les tissus atteints de lésions tuberculeuses et l'indemnité réduite d'autant. En France, le principe de l'indemnisation est inscrit dans un projet de code rural.

5° Le cinquième vœu est relatif à :

La nécessité de soumettre à une surveillance spéciale les vacheries consacrées à la production industrielle du lait destiné à être consommé en nature.

Il est encore à l'étude. La question ne peut être résolue que par les maires agissant en vertu d'une décision préfectorale. En Amérique, l'Etat de New-York a adopté une loi qui autorise le Conseil de Santé à employer tous les moyens rationnels pour découvrir l'existence de la tuberculose des vaches laitières et pour en prévenir les dangers et lui donne mission de prendre des mesures pour la destruction rapide de la maladie.

6° Dans le 6e vœu, le Congrès demandait que les locaux dans lesquels ont habité ou sont morts des tuberculeux fussent désinfectés par mesure administrative.

Les résultats obtenus de ce côté sont très encourageants.

En 1892, le nombre des demandes de désinfection pour tuberculose a été de 4,545 et dans les six premiers mois de 1893, de 4,400.

M. Armaingault a demandé en 1892 d'introduire dans les *Nouvelles Instructions*, publiées par le Congrès, un paragraphe concernant la désinfection des crachats dans toutes les maladies à expectoration. Cette inscription a été faite.

Aux Etats-Unis, il s'est formé une ligue contre l'habitude de cracher partout et diverses Compagnies de tramways ont fait afficher dans leurs voitures un écriteau portant cette inscription : *Défense de cracher*.

Traitement de la tuberculose et de la lèpre, par le sang d'animaux immunisés contre la tuberculose

Un grand nombre de tentatives ont été faites pour rendre, par des inoculations, l'organisme réfractaire à la tuberculose. Après les avoir rappelées, M. Babès expose qu'il est parvenu à rendre des chiens réfractaires à la tuberculose humaine en les inoculant avec de la tuberculine aviaire. Il faut inoculer de fortes doses de cultures anciennes et faire usage d'une façon périodique de grandes quantités de cultures virulentes pour justifier l'immunité.

Malheureusement les associations microbiennes, qui existent souvent, sont très dangereuses et la néphrite parenchymateuse cause la mort d'un grand nombre d'animaux. Sur 20 chiens, 50 lapins, 2 cobayes, il ne survivait au bout d'un an que 4 chiens, 2 lapins et 1 cobaye immunisés.

Voici comment M. Babès procède pour obtenir la vaccination : tuberculine aviaire, culture atténuée de 1 an de tuberculine aviaire; 1 gr. de culture de 1 mois de tuberculine

aviaire; après huit jours, 3 gr. de cette culture; huit jours après, 5 gr. de cette culture; tuberculine humaine; culture ancienne de tuberculine humaine, etc.

Les chiens immunisés produisent un sérum antituberculeux très actif qui préserve tous les animaux des effets des inoculations tuberculeuses.

M. Babès a inoculé à l'homme des doses journalières de 3 à 6 gr. de sérum mêlé à 0,1 0/0 d'acide phénique; ces inoculations ont été faites chez des tuberculeux et chez des lépreux qui les ont bien tolérés. Les tuberculeux ont été très améliorés et chez tous les bacilles ont disparu des crachats.

L'effet chez les lépreux est moins net, cependant les léprômes ont diminué.

Il serait possible de vacciner des enfants prédisposés à la tuberculose.

Des trêves dans la tuberculose humaine

M. Legroux. — Lorsque le bacille de la tuberculose a envahi un organisme, tantôt la maladie évolue sans interruption jusqu'à la mort du malade, tantôt elle subit des temps d'arrêt, des trêves qui dépendent et de la vitalité ou de la virulence du bacille et du terrain sur lequel il se développe.

Lorsque le bacille se confine en un point quelconque de l'organisme, l'évolution de la tuberculose est arrêtée. Mais, même dans ce cas favorable, un grand nombre de circonstances pourront permettre à la maladie de reprendre sa marche fatale. Il suffit d'une association bacillaire, d'une maladie débilitante qui diminue la résistance vitale. Dans ces conditions, le malade succombe rapidement à une phtisie aiguë, alors que l'évolution des phénomènes locaux a pu faire croire à la production d'une sclérose curative.

Chez l'enfant, les trêves dans la marche de la tuberculose sont fréquentes et il est facile d'étudier les conditions dans lesquelles elles se produisent.

L'adénopathie tuberculeuse est fréquente dans l'enfance. L'inoculation par la peau, les muqueuses digestive, respiratoire ou génitale, ne produit pas un foyer local, mais il se fait une infection ganglionnaire qui gagne de proche en proche tout en restant longtemps localisée dans les ganglions.

M. Legroux a depuis longtemps montré l'importance de la micro-adénopathie sous-cutanée, qui est un des meilleurs signes permettant de penser à la possibilté de la tuberculose. Le scrofule, par ces adénopathies inconnues, offre un exemple frappant de ces tuberculoses à trêves et il est extrêmement fréquent, lorsque l'on fait l'autopsie d'un enfant, de trouver des ganglions caséeux; les autres organes présentant les lésions d'une tuberculose récente.

Une fois arrivé dans les ganglions, ce bacille entre en lutte avec les phagocythes; si ces derniers sont vaincus, le ganglion est transformé en un foyer caséeux et, trop souvent, le microorganisme passe outre et infecte d'autres ganglions et l'individu tout entier.

Les efforts de la thérapeutique doivent tendre à augmenter la force de l'organisme, à lui rendre cette résistance innée dont il jouit dans le jeune âge et qui est le meilleur des agents contre la tuberculose. Il faut éloigner les prédisposés des foyers morbides et cela pendant longtemps, si ce n'est pendant toute la vie; l'émigration rurale est de toute nécessité et, si on l'associe aux prescriptions d'hygiène convenables, elle peut réussir à rendre une trêve définitive.

Sur les trêves de la tuberculose étudiée dans ses manifestations cutanées

Par M. H. Hallopeau.

Des trêves peuvent se produire dans la plupart des formes de tuberculose cutanée. Ces formes sont multiples; la peau est un organe complexe; les différentes parties qui

la constituent peuvent être affectées isolément; elles réagissent différemment; il faut également tenir compte des régions envahies : la face ne réagit pas comme le font les membres.

Les trêves sont surtout fréquentes dans les tuberculoses qui envahissent la peau secondairement après avoir primitivement intéressé les parties sous-jacentes telles que le tissu cellulaire, les ganglions lympathiques ou le squelette; on les observe aussi dans le lichen scrofulosorum. Elles sont au moins très exceptionnnelles dans le lupus dit scléreux ou verruqueux. On les voit souvent se produire sous l'influence d'un traitement local destructif ou modificateur dans le lupus vulgaire; un érysipèle intercurrent peut avoir la même action. On peut voir actuellement dans le personnel d'employées de l'hôpital Saint-Louis, une dizaine de lupiques qui ont présenté de ces trêves; l'un deux a été pendant 40 ans exempt de manifestations. Les récidives, à très longue échéance, montrent que l'on n'est jamais en droit d'affirmer la guérison complète de cette dermatose. Dans les formes aiguës et chroniques de lupus érythémateux, il peut également, bien que plus rarement, se produire des trêves. Ces trêves et les récidives qui leur font suite montrent que le bacille de la tuberculose atténué par sa culture dans la peau peut y persister longtemps à l'état d'inertie, jusqu'au jour où il trouve de nouveau, par le fait de circonstances indéterminées, un terrain favorable. Ces nouvelles poussées peuvent se produire pendant la vieillesse. On peut se demander, en raison de l'action curative évidente qu'exerce parfois l'érysipèle, si l'on ne serait pas en droit d'inoculer des formes bénignes de cette maladie aujourd'hui que l'on possède dans les vernis et pommades ichthyolés, grâce à Unna et Juhel-Renoy, un moyen d'en enrayer la marche dans la plupart des cas; la gravité et l'extrême ténacité des lupus justifieraient peut-être de pareilles tentatives.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la blennorrhagie aiguë ou chronique par les injections et les instillations du gallo-bromol. — Dans le traitement de la blennhorrhagie aiguë ou chronique, M. Rollet a expérimenté trois sortes de solution de gallo-bromol : à 1/10, à 1/50, à 1/100. La solution au 10e est douloureuse, elle fait naître une forte cuisson. Elle peut même amener une dysurie passagère par rétrécissement spasmodique du canal, ou l'œdème de la muqueuse uréthrale.

La solution au 50e est à peine douloureuse, au 100e elle est absolument indolore. Les injections de gallo-bromol sont très bien supportées. Elles calment rapidement les douleurs et font complètement cesser les érections.

Dès à présent le gallo-bromol apparaît comme un médicament précieux dans les traitements de l'urétrite à ses différentes phases, périodes de début, d'état, de chronicité. Il calme les douleurs urétrales, ainsi que les érections, il fait cesser ou modifie avec avantage l'écoulement (*Lyon Méd.*).

COURRIER

Fermeture des pharmacies. — C'est là une question qui intéresse le corps médical et dont nous devons dire un mot.

Les élèves en pharmacie ont une association syndicale et cette dernière s'est prononcée en faveur de la fermeture des officines à neuf heures du soir. Il paraît même que beaucoup de pharmaciens-patrons auraient accepté cet ultimatum devant la menace d'une grève.

Quoi qu'il en soit et tout en compatissant aux durs labeurs des élèves en pharmacie, nous estimons que dans cette affaire on pense un peu trop à soi et pas assez aux malades. Or, à neuf heures, il n'est pas de famille qui ne soit exposée à s'adresser au phar-

macien. Vaut-il bien la peine de fermer la boutique, si c'est pour la rouvrir cinq minutes après? Nous ne le pensons pas, et puisque les médecins n'ont souvent pas fini leurs visites avant dix et onze heures, nous nous demandons pourquoi leurs ordonnances attendraient à la porte de la pharmacie.

Société française de dermatologie. — La session annuelle de la *Société française de dermatologie et de syphiligraphie* n'aura pas lieu l'année prochaine à Paris au mois d'avril comme les années précédentes.

Elle se tiendra à Lyon dans le courant du mois d'août.

Congrès des Sociétés savantes françaises. — Le prochain Congrès des Société savantes françaises s'ouvrira à Paris, à la Sorbonne, le 27 mars 1894.

Cours de vacances en Allemagne. — A la Faculté de Berlin du 2 octobre à la fin de ce mois, on compte quatre-vingts cours libres qui traiteront toutes les questions médicales. Ces cours sont faits non pas par de simples répétiteurs, mais par des hommes de première valeur comme : MM. Israël, Langenhans, J. Munk, A. Bazinsk, Ehrenhans, Ewald, G. Klemperer, Litten, Bernhardt, Remak, Gluck, Sonnenburg, H. Krause, A. Martin, etc. Toutes ces leçons sont payantes, et les professeurs s'efforcent de les rendre utiles, du reste s'ils les font c'est que les élèvent ne manquent pas.

Nécrologie. — MM. les docteurs Corbin (de Tarbes) et Joly (de Lyon).

Corps de santé de la marine et des colonies. — C'est aujourd'hui, 2 août, que le concours d'admission à l'Ecole principale du service de santé, à Bordeaux, est ouvert, dans les Ecoles-annexes de médecine navale.

La liste des inscrits comprend 99 candidats médecins pour 48 places à donner, et 4 candidats pharmaciens pour 2 places.

— Liste d'embarquement et de départ pour les colonies des officiers du corps de santé de la marine au 1er août.

Médecins en chef : MM. 1. Roussel ; 2. Geoffroy ; 3. Mathis ; 4. Duchateau ; 5. Bertrand ; 6. Dupont ; 7. Laugier ; 8. de Formel ; 9. Tailairach ;

Médecins principaux : MM 1. Frison ; 2. Miquel ; 3. Maget ; 4. Léo ; 5. Vantalon ; 6. Canoville ; 7. Dollieule ; 8. Delisle ; 9. Ed. Roux ; 10. Cantellauve ; 11. Riche ; 12. Bodet ; 13. Abelin ; 14. Siciliano ;

Médecins de 2e classe : MM. 1. Guy ; 2. Bonnescuelle de Lespinois ; 3. Ripoteau ; 4. Barrat ; 5. Mottin ;

Médecins des troupes : MM. les médecins de 1re classe 1. Tréguier ; 2. Castagné ; 3. Plouzané ; 4. Daliot ; 5, A. Reynaud ; 6. Clavel ;

MM. les médecins de 2e classe 1. Séguin ; 2. Berriat ; 3. Vergues ; 4. Doublet ; 5. Condé : 6. Hennequin ; 7. Caire ; 8. Duranton.

Avis. — Le docteur Gros-Fillay, à Nonancourt (Eure), demande un jeune docteur ou un étudiant ayant passé quatre examens de doctorat pour le remplacer du 6 août au 31 août.

Ecrire directement au docteur Gros-Fillay pour les conditions demandées. — Très urgent.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

8 août 1893.

Il y a déjà de longs mois que le corps des chirurgiens des hôpitaux a eu à regretter la perte du docteur Horteloup et chose incroyable ! son service est encore fait par un suppléant ; le titulaire mort n'est pas encore définitivement remplacé.

Nous ne voulons même pas parler des raisons qui, de côté et d'autre ont été données pour expliquer cette manière d'agir de l'administration de l'Assistance publique. Aussi bien on se souvient que le service du docteur Horteloup se trouvait, on peut même dire se trouve encore, à Necker, qu'il jouit de la fondation Civiale et qu'il a été décidé par la Société des chirurgiens des hôpitaux consultée, qu'il y avait lieu de conserver la spécialisation de ce service et même de le transporter sur la rive droite.

Or, rien de cela n'a été fait, le nouveau service des voies urinaires n'a pas été créé de l'autre côté de l'eau et, à l'heure qu'il est, la plaque en marbre qui rappelle le généreux don du grand lithotriteur Civiale orne la porte d'une salle où on fait de la chirurgie générale et où il n'y a peut-être pas un calculeux, voire même un urinaire.

Le nerf de la guerre manquerait : il n'y aurait pas d'argent disponible et pouvant être affecté à ces dépenses. Cette raison toujours facile à donner ne satisfait pas notre confrère de la *Gazette des hôpitaux* qui, à juste raison, fait remarquer qu'on en a bien trouvé pour aménager luxueusemen des amphithéâtres uniquement destinés à l'enseignement de la Faculté, que tout dernièrement encore, on inaugurait à Cochin, aux Enfants assistés, de nouveaux services et un nouveau pavillon.

Nous sommes loin de blâmer ce qui a été fait ; bien au contraire, nous y avons applaudi ; mais il nous semble que l'administration de l'Assistance publique a pris des engagements vis-à-vis du corps des chirurgiens des hôpitaux et nous nous demandons vraiment pourquoi elle n'y satisfait pas.

Ces dépenses dont on parle tant, sont-elles si énormes que cela ? Mais on peut commencer « simplement », comme le dit encore la *Gazette des hôpitaux*, avec une installation modeste ; chaque année apportera des améliorations, et si le chef de service s'adonne tout entier à son œuvre, il lui suffira de peu de temps et de peu d'argent pour arriver à un résultat dont il aura le droit d'être fier. Il aura de plus rendu de grands services à la population parisienne. Le domaine de la pathologie des voies urinaires va en effet s'élargissant sans cesse, et les ressources hospitalières doivent augmenter au fur et à mesure des besoins.

Au lieu de cela, ne parle-t-on pas de charger provisoirement un chirurgien titulaire d'un grand service dans un hôpital de la rive droite, de dresser dans une de ses salles quelques lits pour les maladies sus-nommées, d'y transporter la fameuse plaque, et voilà le service créé par Civiale escamoté.

Nous savons bien qu'on répond que le don de Civiale est peu de chose, à peine suffisant pour permettre d'entretenir six petites chambres à un lit. Il n'en est pas moins vrai que c'est ce petit noyau qui a été le point de départ à Necker, de ce beau service qui, à juste titre, a été transformé en une chaire de la Faculté, et nous sommes convaincu que, transportée ailleurs, la fondation Civiale deviendrait encore un centre de travail et d'enseignement profitable pour tous.

On promet bien aussi que ce service se fera. On veut même construire des bâtiments neufs, des amphithéâtres d'opérations, de façon à créer quelque chose de parfait. D'accord, mais pour tout cela rien ne presse. Les salles neuves et spacieuses viendront à temps quand la clientèle grossira; auparavant, il faut soigner les malades, et le seul moyen d'arriver à ce but est d'affecter immédiatement un service au traitement des maladies des voies urinaires.

Il ne manque pas de locaux dans les grands hôpitaux voisins du canal Saint-Martin!

Nous donnons plus loin les nouveaux décrets sur la réorganisation des études médicales dont nous avons déjà plusieurs fois parlé dans ce journal. Ces décrets sont appuyés de deux rapports officiels au président de la République, l'un de M. Darboux qui trouve bien entendu qu'il est nécessaire de faire passer les futurs étudiants en médecine, une année à la Faculté des sciences ; l'autre de M. Brouardel, que nous donnerons in extenso dans notre prochain numéro. Le doyen de la Faculté de Paris approuve la nouvelle organisation et trouve qu'il faut de la physique, de la chimie, des sciences naturelles avant et pendant les études médicales. Nous ne partageons pas complètement son avis, et pensons que si avec l'ancien système il n'y en avait peut-être pas assez, avec le nouveau il y en a beaucoup trop !

On n'a qu'à consulter le programme des examens officiels du doctorat en médecine, on y verra qu'en plus de l'année consacrée exclusivement aux sciences accessoires, on les retrouve encore dans le second, dans le troisième et dans le quatrième examen de doctorat, sous la rubrique : *physique biologique, chimie biologique, parasites animaux, végétaux, microbes, matière médicale, pharmacologie avec les applications des sciences physiques et naturelles;* combien, il nous semblerait plus pratique de remplacer tout cela par examens de gynécologie, maladies des enfants, maladies des oreilles, des yeux, etc.... A lire le programme on se demande vraiment, si on va préparer un jeune homme à commencer des études médicales supérieures, ou si on doit en faire un bon praticien, capable d'exercer aussitôt sa thèse passée.

HYGIÈNE

BULLETIN SANITAIRE

Le choléra a presque complètement cessé en France. C'est à peine si nous avons pu en recueillir une dizaine de cas dans les informations de la quinzaine. On a enregistré trois décès à Saint-Etienne, deux à Nîmes, un à Montpellier, un à Auch. Peut-être y en a-t-il eu quelques-uns qui n'ont pas été

signalés ; mais le nombre en est si petit que cela n'a pas d'importance. Paris continue à demeurer complètement indemne. La mortalité n'y est pas sensiblement supérieure à la moyenne. On a enregistré 968 décès dans la 28e semaine et 935 pendant la 29e, c'est-à-dire 1,903 décès du 9 au 22 juillet, au lieu de 1882 qui représente la moyenne de cette même quinzaine de juillet. Les maladies infectieuses n'y sont à peu près pour rien. La variole seule est un peu plus fréquente que d'habitude ; elle a causé onze décès dans la quinzaine, au lieu de deux qui constituent la moyenne, et le chiffre des entrées à l'hôpital pour ce motif se maintient à un taux assez élevé. La Préfecture de police continue les revaccinations à domicile, dont nous avons rendu compte. Il y a eu jusqu'ici dix séries d'opérations qui ont produit 167 vaccinations et 552 revaccinations (1).

Le choléra continue sa marche en Europe ; mais sans y prendre un développement menaçant. Il a fait sa réapparition à Saint-Pétersbourg. Il y a eu quatre cas le premier jour (21 juillet). Il s'est montré quelques jours auparavant dans l'île de Guernesey ; il y sévit surtout chez les enfants. On a constaté un cas à Graverend sur un navire venant de Marseille ; on en signale des cas isolés dans d'autres villes d'Angleterre.

Il vient d'éclater à Naples ; il s'en est produit plus de 90 cas dans les derniers jours de juillet. On y enregistre 5 à 6 décès par jour, et l'île de Malte a mis les côtes d'Italie en quarantaine. On y inflige sept jours de quarantaine aux navires qui en proviennent et huit pour les provenances de Naples. Trois jours de quarantaine y sont également imposés aux navires qui viennent de Nauplie, où il y a eu un décès par le choléra.

A la Mecque, l'épidémie est en décroissance depuis le départ des pélerins. Le dernier bulletin du délégué du Conseil sanitaire d'Alexandrie au Hedjaz, adressé le 31 juillet à M W. Miéville, signale, pour ce jour-là, 34 décès à la Mecque et 18 à Djeddah. Au campement sanitaire de Kor qui renferme maintenant 8,000 pélerins, il y a en moyenne 30 décès par jour. Le village de Tor n'est pas infesté.

La maladie règne, en Mésopotamie, dans le village de Bassora. On signale sa présence sur les rives du canal Chat-eb-Aï qui relie les deux grands fleuves. Il existe en Perse dans plusieurs localilés de la province de Mazarderan (2).

La maladie sévit avec plus d'intensité au Sénégal. Elle a débuté à Saint-Louis le 2 juillet et depuis cette époque, elle a atteint plusieurs postes du fleuve, entre autres Dagana et Podor. Il y a eu 28 décès à Saint-Louis, du 2 au 7 juillet ; 28 à Podor, du 4 au 7 ; 11 à Dagana et 9 à Rosso pendant la même période. Les provenances du Sénégal sont mises en quarantaine en arrivant à la Gambie.

La fièvre jaune dont nous avons signalé, les ravages à Santos (Brésil), dans notre dernier bulletin (3) a diminué notablement d'intensité depuis que les chaleurs ont cessé. Le délégué spécial du gouvernement brésilien,

(1) Communication de M. Besançon au Conseil d'hygiène de la Seine. (Séance du 21 juillet).

(2) Communication de M. Proust au Comité consultatif d'hygiène. (Séance du 4 juillet.)

(3) *Union médicale* du 25 juillet, n° 10, p. 113.

M. Alcindo-Guanabara déclare qu'on a beaucoup exagéré l'intensité de l'épidémie et qu'elle se borne aujourd'hui à quelques cas isolés.

Quelques journaux ont annoncé que la peste venait d'éclater en Mésopotamie, mais cette fâcheuse nouvelle ne s'est pas confirmée.

REVUE DE L'HYGIÈNE

Congrès pour l'étude de la tuberculoue. — Ce Congrès qui intéresse à un si haut point l'hygiène et dont l'ouverture a été annoncée dans le numéro du 29 juillet, continue brillamment ses séances, sous la savante direction de M. Verneuil, et discute successivement chacune des grandes questions dont se compose son programme. Ce n'est pas dans une revue destinée simplement à faire connaître au jour le jour, les menus faits de l'hygiène, qu'on peut se livrer à l'examen de pareils problèmes, il en est un cependant que nous ne pouvons passer sous silence. C'est celui qui a été abordé par M. Nocard et qui a trait au diagnostic de la tuberculose des bovidés par la *tuberculine*.

Tout le monde se souvient encore de la grande déception que le corps médical a subie, il y a trois ans, à propos de la découverte du professeur Koch (de Berlin). Après l'avoir accueillie avec un enthousiasme que justifiait la réputation de l'auteur et, qui n'était pas sans quelque générosité de leur part, les médecins français forcés de reconnaître qu'ils avaient été trompés, tombèrent dans une exagération opposée; ils refusèrent toute valeur aux expériences du professeur de Berlin et constatèrent l'exactitude de tous les faits qu'il en avait déduits.

Nous fûmes du nombre de ceux qui persistèrent à penser qu'il restait quelque chose à la suite de ce grand effondrement, que les inoculations de la lymphe de Koch constituaient un élément de diagnostic infidèle sans doute, dangereux peut-être, mais susceptible de perfectionnements et d'applications ultérieures. L'expérience nous a donné raison. La *tuberculine* rejetée par les médecins a été reprise par les vétérinaires et a fourni des résultats tout différents. M. Nocard qui s'occupe depuis longtemps de cette question, qui a expérimenté la *tuberculine* avec la compétence et le talent qu'on lui connait, est arrivé à constater son infaillibilité comme moyen de diagnostic chez les animaux de l'espèce bovine, et il l'a affirmée dans les termes suivants au Congrès de la tuberculose: « Aujourd'hui, grâce à la tuberculine, nous possédons un moyen absolument certain de « reconnaître la tuberculose des bovidés, même alors que les lésions sont minimes et « localisées, difficiles même à découvrir si on faisait l'autopsie.., »

La constatation de ce fait est d'une haute valeur au point de vue de l'hygiène. En permettant de constater la tuberculose dès son début, il permet aux propriétaires d'abattre les animaux alors qu'ils sont encore en pleine santé apparente, que leur viande est inoffensive et n'a rien perdu de sa valeur. En inoculant les vaches laitières, on est certain, si elles ne réagissent pas, que leur lait ne contient pas de bacilles. En n'admettant dans les étables que des animaux ayant subi cette épreuve, on est certain de préserver les troupeaux de la contamination. Enfin, en détruisant la tuberculose dès son origine dans une espèce animale qui nous touche de si près, on tarit une des sources auxquelles nous pouvons puiser nous-même cette terrible maladie.

L'eau de source à Paris. — Lorsque la ville de Paris a fait venir à grands frais, dans ses murs, les eaux provenant des sources de l'Avre, quelques esprits chagrins prétendirent qu'elles ne suffiraient pas pour assurer la consommation de la ville pendant les chaleurs de l'été, alors que la production des sources est au minimum et que le gaspillage atteint son apogée.

M. Humblot, interrogé à ce sujet par les membres du Conseil d'hygiène dont il fait

partie, rassura ses collègues en leur affirmant que les 110,000 mètres cubes d'eau apportés par les nouvelles conduites suffisaient pour assurer le service privé pendant de longues années et qu'il ne serait plus versé d'eau de Seine dans la canalisation.

L'événement est venu confirmer ces promesses. Nous avons eu cet été des chaleurs précoces, une sécheresse exceptionnelle. L'agriculture en a souffert dans le pays tout entier et notamment dans les régions d'où partent les sources qui alimentent les réservoirs de Paris. La consommation a atteint le chiffre de 200,000 mètres cubes par jour, pendant les journées les plus chaudes, présentant ainsi une augmentation de 25,000 mètres cubes sur la période correspondante de 1892; l'approvisionnement a suffi et il n'a pas été un seul jour nécessaire de recourir à l'eau de Seine, pour alimenter le service privé.

La situation est donc très satisfaisante et pour faire face à l'augmentation de dépense qu'amènera fatalement l'accroissement de la population, il reste encore les sources du Breuil qui seront captées dans le courant de cette année et fourniront 100,000 nouveaux mètres cubes, celles du Loinget ou Limans, pour lesquelles M. Humbert a dressé un avant-projet dont l'exécution coûtera 25 millions et fournira 50 à 60,000 mètres cubes de plus.

Puisque nous sommes si riches en eau de source, on pourrait peut-être en fournir au bois de Boulogne, bien qu'il ne soit pas dans l'enceinte de Paris. Lors de la fête du 14 juillet, l'opinion publique s'est émue de l'ordre donné aux troupes de la revue par le ministère de la guerre, et leur défendant de boire aux bornes-fontaines du bois de Boulogne.

Cet ordre était motivé par ce fait que les dites bornes-fontaines sont alimentées en partie par l'eau de Seine prise en aval de Paris, et en partie par celle du puits artésien de Passy. Elles sont réunies dans une même canalisation qui sert en même temps à arroser les allées du bois et à désaltérer les promeneurs.

L'administration se propose de prévenir ces derniers en plaçant sur les bornes-fontaines des écriteaux portant cette inscription : *eau non potable.* Je crois qu'il serait plus sûr de fermer ces bornes-fontaines, en attendant qu'on puisse les alimenter avec de l'eau de source.

La trichinose en Belgique. — Au mois de janvier 1893, une épidémie de trichinose a éclaté au hameau de la Préalle, commune de Herstol (Belgique). Elle a été causée par la chair d'un porc abattu le 21 décembre 1892, et avec laquelle on avait confectionné des saucisses. Toutes les personnes qui mangèrent ces saucisses crues furent malades ; il en fut de même de la plupart de celles qui se bornèrent à les faire sauter dans la poêle, tandis que celles qui eurent soin de les faire cuire complètement n'éprouvèrent pas le moindre malaise.

Dans la petite population de ce hameau, 39 personnes furent atteintes de trichinose et 13 succombèrent du 14 janvier au 16 février. La présence des trichinoses en quantité colossale fut constatée dans deux pièces de lard provenant du porc malade et saisies chez la charcutière, par le médecin vétérinaire Wathelet, directeur de l'abattoir communal de Herstol.

Ce fait est intéressant à deux points de vue ; d'abord, parce que jusqu'ici la trichinose était pour ainsi dire inconnue en Belgique, et ensuite cette épidémie a prouvé une fois de plus que les viandes trichinées n'étaient pas dangereuses quand on les faisait cuire suffisamment. (Docteur Félix Putzeyn (de Liège). L'épidémie de trichinose de la Préalle-Herstol. — *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, 1893

Anniversaire de Max de Pettenkofer. — Les médecins de Munich viennent de

fêter l'anniversaire du fondateur de leur école d'hygiène expérimentale, et du doyen des hygiénistes depuis que Chadwick est mort.

C'est le 1er juillet 1843 que Max de Pettenkofer a soutenu sa thèse ; il a maintenant 75 ans. Sa carrière tout entière s'est écoulée à Munich, qui a fait élever pour lui un Institut d'hygiène. Sa réputation est européenne et si tout le monde n'accepte pas ses doctrines, il n'est personne qui ne reconnaisse l'importance de ses travaux.

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

Du rôle respectif de la contagion et de l'hérédité dans lapropagation de la tuberculose.

Quel est d'abord, dit M. Hérard, le sens que l'on doit attacher au mot hérédité ? Si l'on entend par hérédité la transmission d'une constitution affaiblie, la chose est jugée et la tuberculose est toujours engendrée par la contagion agissant sur un terrain préparé.

M. Hérard ne saurait accepter sans réserves cette conception de l'hérédité. Si l'on interroge les antécédents héréditaires d'un malade, on a le sentiment intime que la révélation du mal tuberculeux chez les parents est autrement grave que la constatation d'une cause débilitante vulgaire. Quand, dans une même famille, deux, trois, quatre enfants meurent de méningite, il est probable que les parents ont transmis aux enfants plus qu'une aptitude morbide, mais le germe même de leur maladie.

Actuellement on a prouvé la réalité de l'existence de la tuberculose congénitale aussi bien chez l'homme que chez les animaux. Ce qu'il y a de remarquable et d'intéressant dans les faits décrits par Johne, Malvoz, Sabouraud et d'autres, c'est que les tubercules s'observent le plus ordinairement d'abord dans le foie, puis ensuite dans le poumon, preuve évidente que le bacille a passé de la mère au fœtus en suivant les veines ombilicales.

Bien plus, même quand il n'y a pas chez un fœtus de lésions apparentes, on peut parfois déceler la présence du bacille par les inoculations ou par l'examen microscopique.

La tuberculose infantile précoce, celle des premiers mois, était autrefois considérée comme rare. Desmoulins Landouzy, Queyret, Leroux, ont pensé qu'il n'en était rien. C'est là comme une suite de la tuberculose congénitale, le nouveau-né contagionné héréditairement ayant besoin d'un temps matériel pour mûrir la graine qu'il a reçue.

La tuberculose qui survient dans la première et la deuxième année est moins démonstrative au point de vue de l'hérédité car la contagion est alors très possible.

Un des principaux motifs de l'opposition à l'hérédité par la graine, c'est de comprendre que le germe puisse demeurer 10, 20, 30 ans sans se développer. Mais la même chose se passe dans l'hérédio-syphilis tardive et les recherches de M. Verneuil sur le microbisme latent ont éclairé le bien fondé de ces faits.

Il en ressort que la graine tuberculeuse ne germe pas fatalement et qu'elle peut trouver dans l'organisme de l'enfant ou de l'adulte, des conditions de résistance qui la maintiennent à l'état latent pendant une période plus ou moins longue et l'empêchent d'aboutir.

Avec MM. Lannelongue et Hutinel, M. Hérard insiste sur l'influence possible en pareil cas d'un changement radical et prolongé de milieu et des conditions d'hygiène.

Si l'on cherche dans quelles proportions la contagion et l'hérédité concourent à la

propagation de la phtisie pulmonaire, on comprend que les statistiques offrent de grandes difficultés à l'établir. Cependant à Rouen, Lendet père et fils, qui ont exercé successivement dans le même milieu, ont trouvé que sur 214 familles de phtisiques, 108 présentaient des antécédents indiscutables. M. Hérard est arrivé à peu près à la même proportion.

La tuberculose externe chirurgicale primitive est moins grave, mais aussi commune que la phtisie pulmonaire. Ici la question du rôle respectif de l'hérédité et de la contagion est des plus simples. Pour ces tuberculoses externes primitives (ostéites arthrites, abcès froids, adénites, etc.) le traumatisme joue un grand rôle pour la détermination de la localisation, mais il faut que le bacille existe dans l'économie au moment de la violence extérieure. Dans certaines circonstances, une plaie de la peau ou des muqueuses est la porte d'entrée et cela se produit fréquemment pour les adénites. Mais pour les ostéites, arthrites, abcès, la contagion est plus difficile à invoquer. Quoi qu'on en ait dit, on ne peut guère admettre la pénétration du bacille par les voies respiratoires intactes, ce bacille allant ensuite infecter le testicule, les articulations et les os. Cette hypothese est contredite par la rareté de l'infection bacillaire du sang. Pour M. Hérard, il faut faire une large part à l'hérédité de la tuberculose dans ces tuberculoses externes primitives, hérédité le plus souvent des plus évidente, d'autres fois incertaine. C'est ainsi que dans une observation recueillie par M. Ricard, on voit un enfant de cinq ans et demi qui portant un spina ventosa, avait cependant des parents paraissant indemnes de tuberculose; or, l'interrogatoire du père permit d'apprendre qu'au moment de la conception il était porteur d'un abcès froid de la région poplitée. Dans ce cas, la tuberculose a été transmise du pèreà l'enfant et c'est là la seule explication possible du développement de cette tuberculose externe, comme aussi de toutes celles qui se manifestent en dehors de toute lésion tuberculeuse préexistante.

M. Hérard résume en terminant ses idées de la manière suivante :

1° La contagion est la cause la plus fréquente de la tuberculose pulmonaire ;

2° L'hérédité est un fait indiscutable. Ce n'est pas seulement une aptitude morbide que les parents léguent à leurs enfants; ils leur transmettent souvent aussi le germe même de leur maladie ;

3° Dans les tuberculoses externes primitives, l'hérédité joue un rôle prépondérant.

M. Nocard croit que chez les Bovidès l'hérédité ne joue qu'un rôle tout à fait accessoire. Il est extrêmement rare de trouver des fœtus ou des veaux tuberculeux. On a objecté que les organes pouvaient contenir des germes. M. Nocard ne le croit pas, car dans des exploitations où l'on trouve un grand nombre de bêtes malades, 8 à 9 sur 10 sont des adultes et les jeunes échappent presque tous à la contagion. Dans un cas, M. Nocard a trouvé 41 animaux malades sur 61, et il n'y avait qu'un veau malade et il était allaité par une vache atteinte de mammite tuberculeuse,

Une autre exploitation renfermait 105 animaux, et on avait consulté M. Nocard parce que les avortements étaient fréquents. Sur 55 animaux âgés de plus de deux ans et demi, 41 étaient tuberculeux ; parmi les jeunes il n'y en avait que 4 ou 5 de malades et cependant toutes les bêtes étaient réunies.

Un contact rapproché est nécessaire pour que la contagion se produise.

Les organes des jeunes qui ne réagissent pas à la tuberculine, ne renferment pas de bacilles, car, les animaux isolés ne réagissant pas davantage au bout de 9 mois, c'est-à-dire qu'ils ne deviennent pas tuberculeux.

M. Empis accorde, au contraire, la plus grande valeur à la prédisposition héréditaire en pathologie humaine. Dans bien des familles dont un membre devient tuberculeux et continue à vivre de la vie commune, les autres personnes demeurent saines, à moins de

tare héréditaire. M. Empis n'a pas vu un seul cas bien net de contagion dans l'espèce humaine. Ce qui se passe chez le veau est analogue à ce qui se passe chez l'homme. Des enfants bien portants et très vigoureux dans les premières années deviennent cependant tuberculeux plus tard ; c'est qu'ils étaient porteurs du germe.

Pour M. Hérard, on ne peut pas nier la contagion familiale.

M. Nocard, se basant sur ce fait que des veaux bien portants étaient encore en parfaite santé neuf mois plus tard, affirme que la tuberculose n'est pas héréditaire chez les bovidés. La contagion qui s'exerce facilement chez des individus affaiblis explique suffisamment les tuberculoses tardives.

M. L. H. Petit regarde la tuberculose héréditaire comme plus fréquente qu'on ne le croyait autrefois. La clinique permet parfois de démontrer nettement cette hérédité. Un homme arthritique et une mère lymphatique ont de nombreux enfants, 16 en 15 ans, dont plusieurs jumeaux. La mère meurt d'affection du cœur, le père est encore bien portant. Or, le plus grand nombre des enfants a succombé à des manifestations diverses de la tuberculose ; méningite, phtisie pulmonaire. Ceux qui n'ont pas présenté de manifestations tuberculeuses et ont fondé une famille, ont des enfants presque tous tuberculeux. Dans ce cas, le lymphatisme de la mère, qui n'était peut-être qu'une tuberculose atténuée, ne lui a permis d'avoir que des enfants faibles chez lesquels le germe bacillaire a facilement évolué.

La prédisposition tuberculeuse peut être atténuée, si on donne aux enfants des nourrices saines et si on les fait élever à la campagne. Jamais la femme tuberculeuse ou issue de tuberculeux ne doit nourrir son enfant.

Dans deux cas de tuberculose articulaire et ganglionnaire, M. Ducor, par une étude attentive des antécédents, a trouvé qu'il n'y avait dans la famille aucune tare tuberculeuse. La contagion seule suffit donc à provoquer le développement de tuberculoses chirurgicales.

M. Verneuil admet bien que des tuberculoses chirurgicales profondes peuvent être produites par la contagion, mais dans beaucoup de cas aussi il y a une véritable auto-inoculation d'origine interne, comme, par exemple, lorsqu'un mal de Pott ou une coxalgie se développent à la suite d'une contusion.

D'après M. Arthaud, 30 ou 40 p. c. des tuberculeux sont des héréditaires ; pour les autres, la contagion est la cause de la maladie.

Sur 75 cas de tuberculose chirurgicale des enfants, M. Coudray n'a trouvé que 10 cas d'hérédité ; la maladie n'était congénitale que chez un seul enfant

Il résulte de la discussion que nous venons de résumer que la tuberculose héréditaire existe certainement, mais qu'elle est peut-être moins fréquente qu'on ne le croyait après les travaux de Landouzy et de Queyret. Les constatations de M. Nocard sont des plus intéressantes, et on nous permettra de dire que le microbisme latent a peut-être fourni dans bien des cas une explication trop commode. Loin de nous la pensée de le nier, mais il est certain que souvent, si l'on se donnait la peine de chercher soigneusement, on trouverait dans la contagion l'origine d'un grand nombre de tuberculoses même précoces.

DÉCRETS

I. Réorganisation des études médicales.

Article I. — Les études en vue du doctorat en médecine durent quatre années :

Elles peuvent être faites :

Pendant les trois premières années, dans une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie ;

Pendant les quatre années, dans une Faculté de médecine, dans une Faculté mixte de médecine et de pharmacie ou dans une Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Art. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire, pour prendre leur première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Art. 3. — Ils subissent cinq examens et soutiennent une thèse.

Art. 4. — Les examens portent sur les matières suivantes :

Premier examen. — Anatomie, moins l'anatomie topographique. Epreuve pratique de dissection.

Deuxième examen. — Histologie, physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique.

Troisième examen. — Première partie : Médecine opératoire et anatomie topographique.

Pathologie externe ; accouchements.

Deuxième partie : Pathologie générale ; parasites animaux, végétaux, microbes.

Pathologie interne ; épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Quatrième examen. — Thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles.

Cinquième examen. — Première partie : Clinique externe ; clinique obstétricale ;

Deuxième partie : Clinique interne.

Thèse sur un sujet au choix du candidat.

Art. 5. — Le premier examen est subi entre la sixième et la huitième inscription ; le second entre la huitième et la dixième ; le troisième entre la treizième et la seizième ; le quatrième et le cinquième après la seizième.

Art. 6. — Les notes obtenues par les candidats soit aux travaux pratiques, soit aux interrogations, soit dans les services cliniques où ils ont été régulièrement admis comme stagiaires, sont communiquées aux examinateurs par les soins du doyen. Il en est tenu compte pour le résultat de l'examen.

Art. 7. — Les étudiants inscrits dans les écoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires réorganisées, subissent le premier et le second examen devant l'École à laquelle ils appartiennent.

Art. 8. — Le jury est présidé par un professeur de Faculté délégué par le ministre. Immédiatement après les épreuves, le président du jury adresse au ministre un rapport sur les résultats des examens.

Art. 9. — Les sessions d'examen ont lieu, dans les Écoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires réorganisées, deux fois par an, aux dates fixées par le ministre.

Art. 10. — Les étudiants inscrits dans les Ecoles préparatoires non réorganisées subissent le premier et le second examen devant une Faculté aux époques fixées par l'article 5.

En cas d'ajournement ils sont tenus de se représenter devant la même Faculté.

Art. 11. — Les travaux pratiques de dissection, de laboratoire et le stage près les hôpitaux sont obligatoires.

Le stage près les hôpitaux est de trois ans. Il doit comprendre un stage d'au moins un trimestre dans un service obstétrical.

Un arrêté ministériel fixera la durée des travaux de dissection et des autres travaux pratiques.

Art. 12. — Les quatrième et cinquième examens et la thèse doivent être subis devant la même Faculté.

Art. 13. — Les présentes dispositions seront mises à exécution à dater du 1er novembre 1895.

Les aspirants inscrits avant cette époque subiront leurs examens conformément au décret du 20 juin 1878.

Ils devront, en se faisant inscrire, justifier soit du baccalauréat ès lettres, soit du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et du baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique.

Art. 14. — Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

II. Enseignement et certificat d'études physiques, chimiques et naturelles

Article premier. — Il est institué dans les Facultés des sciences un enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles.

Art. 2. — Sont admis à suivre cet enseignement les jeunes gens pourvus d'un diplôme de bachelier, et, après constatation de leur aptitude par la Faculté, les jeunes gens âgés de dix-sept ans au moins, pourvus, soit du brevet supérieur de l'enseignement primaire, soit du certificat d'études primaires supérieures.

Art. 3. — A la suite de cet enseignement et après examens subis devant les Facultés des sciences, il est délivré un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Art. 4. — Pour être admis à l'examen, les aspirants doivent justifier de quatre inscriptions trimestrielles et de leur participation aux travaux pratiques.

Art. 5. — L'examen est subi devant la Faculté dans laquelle le candidat a pris les quatre inscriptions.

Il comprend :

Une interrogation et une épreuve pratique de physique ; une interrogation et une épreuve pratique de zoologie ;

Une interrogation et une épreuve pratique de botanique.

Le tout conformément aux programmes qui seront déterminés par arrêté ministériel.

Art. 6. — Le jury est composé de trois membres de la Faculté.

Art. 7. — L'enseignement institué par le présent décret peut être organisé près les Ecoles de médecine de plein exercice et près les Ecoles préparatoires réorganisées, situées dans les villes où il n'existe pas de Faculté des sciences.

Les examens ont lieu sous la présidence d'un professeur d'une Faculté des sciences délégué par le ministre.

III. Réorganisation des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie

Article premier. — Les articles 2, 6 et 11 du décret du 1er août 1883 relatif à la réorganisation des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont modifiés ainsi qu'il suit :

« Art. 2. — Les professeurs titulaires sont au nombre de douze, savoir :

Un professeur d'anatomie descriptive ;

Un professeur d'histologie ;

Un professeur de physiologie ;

Un professeur de pathologie interne ;

Un professeur de pathologie externe et de médecine opératoire ;

Un professeur de clinique médicale ;

Un professeu de clinique chirurgicale ;

Un professeur de clinique obstétricale ;

Rn professeur de physique ;

Un professeur d'histoire naturelle ;

Un professeur de chimie et toxicologie ;

Un professeur de pharmacie et matière médicale.

Art. 6. — Les chefs de travaux sont au nombre de cinq, savoir :

Un chef des travaux d'anatomie et d'histologie ;

Un chef des travaux de physiologie ;

Un chef des travaux de médecine opératoire ;

Un chef des travaux de physique et de chimie ;

Un chef des travaux d'histoire naturelle.

Les grades à exiger des chefs de travaux sont :

1° Pour les chefs des travaux d'anatomie et d'histologie, de physiologie et de médecine opératoire, le diplôme de docteur en médecine ;

2° Pour les chefs de travaux de physique et de chimie, le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe, ou de licencié ès sciences physiques ;

3° Pour les chefs de travaux d'histoire naturelle, le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe, ou de licencié ès sciences naturelles.

Les suppléants prennent part à l'enseignement. Ils peuvent être chargés, sans concours, des fonctions de chef des travaux.

Art. 11. — Les villes sièges d'Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie contractent l'obligation :

1° D'assurer le service des trois cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale ;

2° De mettre à la disposition de l'Ecole une ou plusieurs salles consacrées aux maladies des enfants.

La clinique médicale et la clinique chirurgicale doivent comprendre chacune cinquante lits au moins.

La clinique obstétricale ne peut en avoir moins de vingt.

IV. Officiat de santé et doctorat

Article 1. — Pour obtenir le diplôme de docteur en médecine, les officiers de santé doivent subir les épreuves du troisième, du cinquième examen et de la thèse, conformément aux règlements en vigueur sur le doctorat en médecine.

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution des présents décrets.

Fait à Marly-le-Roi, le 31 juillet 1893.

CARNOT.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'instruction publique,

des Beaux-Arts et des Cultes,

R. POINCARÉ.

COURRIER

CONGRÈS INTERNATIONAL DE ROME. — On nous annonce une nouvelle qui va certainement beaucoup impressionner le public médical :

Le congrès international de médecine qui devait s'ouvrir le 24 septembre à Rome, n'aura pas lieu cette année.

Le comité d'organisation, d'accord avec les comités étrangers, a décidé que la réunion du congrès serait renvoyée au mois d'avril 1894.

L'apparition du choléra à Naples et dans le Piémont explique cette résolution qui va faire bien des malheureux.

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE. — Le congrès de la tuberculose a terminé mercredi ses séances.

Le prochain congrès se réunira en 1896 sous la présidence de M. le professeur Nocard.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Le congrès de l'Association s'est ouvert le 3 août, à deux heures et demie, au théâtre de Besançon, sous la présidence de M. le professeur Bouchard, de l'Institut.

Après un discours de bienvenue de M. le maire, M. Bouchard a prononcé le discours d'ouverture.

Dans ce discours, très fréquemment interrompu par d'unanimes applaudissements, M. Bouchard a bien précisé l'importance que les sciences hygiéniques et médicales ont prises à notre époque.

L'Association française pour l'avancement des sciences, ayant reçu un don anonyme destiné à récompenser les meilleurs travaux sur la répartition de la rage et les mesures prophylactiques en vigueur, avait mis au concours la question suivante :

Etudier d'après les documents locaux la fréquence de la rage et les mesures prophylactiques en vigueur dans un département (la Seine exceptée) ou une région (deux ou trois départements) de la France ou de l'Algérie. — Les chiffres statistiques devront porter au moins sur dix années et comprendre les résultats de 1892.

Le premier prix de l'Association a été décerné au docteur Ricochon, médecin des Deux-Sèvres ; le deuxième à M. Triotlet aîné, vétérinaire à Toulouse.

Des médailles ont été accordées à MM. Labullier, vétérinaire à Saint-Étienne ; Laurent vétérinaire à Bar-le-Duc.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à l'hôpital Saint-Louis.* M. Gaucher, agrégé, suppléant M. le professeur Fournier, continuera l'enseignement clinique de la Faculté, pendant les mois d'août, septembre et octobre, dans l'ordre suivant:

Le mardi, conférence clinique sur les maladies du service.

Le jeudi, traitement des lupus ; opérations dermatologiques.

Le vendredi, traitement des teignes.

Le samedi, consultation externe.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — A été nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur. *Au grade de Chevalier* : M. Garnier, au Mans (Sarthe).

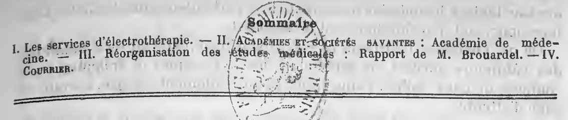
Médaille de bronze : M. le docteur Hecquet, à Chepy ; M. Crochar interne à l'Hôtel-Dieu de Poitiers.

AVIS. — Le docteur Gros-Fillay, à Nonancourt (Eure), demande un jeune docteur ou un étudiant ayant passé quatre examens de doctorat pour le remplacer du 6 août au 31 août.

Ecrire directement au docteur Gros-Fillay pour les conditions demandées. — Très urgent.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.



LES SERVICES D'ÉLECTROTHÉRAPIE

Dans une de ses dernières séances, le Conseil municipal a, sous la forme impérative, exprimé à l'Administration de l'Assistance publique le désir de voir rendre public l'accès du service d'électrothérapie de la Salpêtrière, dont les jours de consultations devront être fixés d'une manière précise.

A vrai dire, on ne peut trouver mauvais, du moment qu'un service d'électricité médicale se trouve organisé dans un établissement hospitalier, que l'on impose à ce service l'obligation d'étendre son action à toutes les personnes indigentes qui peuvent être justiciables de ce traitement.

A ce point de vue, donc, nous approuvons la fermeté avec laquelle le Conseil municipal entend imposer sa volonté à l'Assistance publique.

L'emploi thérapeutique de l'électricité est professé, à l'étranger, par Ziemann, de Munich, par Fuchs, à Bonn, Erb à Heidelberg. Euleuburg, E. Remack, Bernhart, à Berlin, Benedickt, Lewendowski, Rosenthal, à Vienne.

En France, l'éminent maître de l'école de la Salpêtrière l'a adopté depuis 15 ans.

L'usage s'en est répandu en province, notamment à Nantes où un service électrothérapique hospitalier a été créé récemment ; à Bordeaux où un pareil service se trouve annexé, dans l'hôpital Saint-André, aux salles du professeur Bergonié ; à Montpellier où ce service va être prochainement constitué.

Comme on le voit, ce nouveau moyen de guérison, bien que n'ayant pas encore donné toute sa mesure, mérite, et par la notoriété de ses adeptes et par les résultats que, dans certaines affections déterminées, l'expérience pratique a permis de constater, tout l'intérêt que lui accordent les pouvoirs publics.

Nous avons dit, qu'à Paris, l'électricité médicale était employée depuis 15 ans à la Salpêtrière. C'est en effet au professeur Charcot que l'on doit la création, en 1878, d'un service semblable pour le traitement des affections neurasthéniques.

Grâce à l'active impulsion du chef de l'école de la Salpêtrière, qui avait confié à deux de ses élèves le soin du traitement électrothérapique, ce service organisé tout d'abord, avec les faibles sommes que l'Assistance publique avait pu mettre à sa disposition, prit un rapide essor.

Avec le concours de Michel Moring, alors directeur de cette administration, le docteur Charcot parvint à intéresser le Conseil municipal à cette œuvre nouvelle et en 1881, sur la proposition de M. Bourneville, une première allocation de fonds spéciaux permit d'établir le transport de la force nécessaire pour le fonctionnement continu et régulier des appareils.

Depuis cette époque, le conseil municipal n'a cessé de témoigner de sa sollicitude pour les efforts tentés dans cette voie, en inscrivant chaque année

dans le budget hospitalier une subvention particulière affectée à des améliorations, soit d'installation, soit de matériel.

Tel qu'il existe aujourd'hui, ce service aménagé, dans un local dépendant des bâtiments affectés au traitement des hystériques et épileptiques, se compose de deux salles : l'une, réservée au traitement ; l'autre, servant de salle d'attente.

Cette installation est assez défectueuse. D'une part, la salle de traitement, de dimensions insuffisantes, est humide au point de nuire à la conservation des appareils ; de l'autre, la salle d'attente dépourvue d'air et de lumière est, la plupart du temps, trop étroite pour contenir les nombreux malades qui veulent bénéficier de ce traitement.

Primitivement réservé aux seules affections traitées dans le service du professeur Charcot, le service d'électrothérapie de la Salpêtrière a été insensiblement amené, par la force des choses, à étendre peu à peu son action.

Tout d'abord, ce furent les malades de cette ville de 5,000 âmes, que forme l'établissement de la Salpêtrière : malades du service de l'infirmerie, malades des services d'aliénées, des services de vieillards, etc., qui, peu à peu, furent admises au traitement.

Puis, attribué ensuite aux malades envoyés par les consultations du bureau central, par celles des hôpitaux, il s'étendit aussi aux malades de la ville envoyés par les bureaux de bienfaisance, même par les médecins de quartier.

En présence d'une telle extension, il paraît nécessaire de dédoubler le service de la Salpêtrière et de transporter, comme l'a demandé d'ailleurs, paraît-il, l'un des membres du conseil municipal, dans un hôpital de la rive droite le deuxième service d'électrothérapie. Il ne semble pas que l'Assistance publique, selon son habitude, ait des idées très nettes sur ce qu'elle doit faire; du moins la discussion du conseil municipal, à laquelle a pris part son directeur, ne laisse pas supposer qu'il ait pris un parti dans quelque sens que ce soit. Cependant, il est une affirmation que nous avous provisoirement enregistrée et dont nous ne saurions que le louer grandement, c'est que quelle que soit cette décision à intervenir, il sauvegardera les droits du corps médical hospitalier, en plaçant tout service de cette nature installé dans un hôpital sous la direction, la surveillance d'un chef de service des hôpitaux.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 août 1893. — Présidence de M. LEFORT.

M. VERNEUIL adresse au président de l'Académie la lettre suivante :

Retenu mardi dernier au Congrès de la tuberculose, je n'ai pu entendre le discours où M. Péan a critiqué sous une forme ironique et agressive, et avec le parti pris de nier, de contredire et d'équivoquer, mon opinion théorique et ma pratique sur le tétanos.

Sur ce sujet M. Péan a si mal lu, si peu compris mes travaux, si cavalièrement tra-

vesti mes idées et mes paroles, qu'en vérité je ne perdrai point, à le réfuter et à le convertir, un temps que je saurai mieux employer. J'ai d'ailleurs pour garder le silence — et c'est l'avis de tous les gens sérieux et impartiaux que j'ai pris soin de consulter — un motif plus légitime encore. M. Péan a jugé opportun de glisser subrepticement dans son discours sur le tétanos, un paragraphe sur l'éternel *pincement des vaisseaux*, où il réédite sur mon compte une allégation aussi bouffonne qu'*absolument contraire à la vérité*, contre laquelle du reste j'ai protesté par avance et encore le mois dernier dans mon Mémoire sur la forcipressure (Soc. de chirurgie 1875), et dans un article de critique et d'histoire intitulé : M. Péan et la forcipressure (*Bulletin médical*, 14 juillet 1893). La question historique étant traitée à fond dans ces deux opuscules, je pose le dilemme suivant :

Si M. Péan n'a pas lu mes écrits, il commet une faute assez grave en parlant de moi. S'il les a lus, la faute devient impardonnable.

C'est donc à lui et non à moi qu'il convient de se justifier.

M. Péan paraît tenir à faire intervenir l'Académie dans notre querelle, croyant sans doute que sa cause n'est pas déjà tout à fait perdue. Alors qu'il accepte et réclame avec moi la procédure que j'ai indiquée à la fin de mon dernier travail, sinon qu'il me laisse en repos.

Quelque parti qu'il prenne, je déclare formellement que je ne répondrai à aucune de ses attaques directes ou indirectes, chargeant le public médical d'en faire bonne justice.

Les formes éruptives de la dengue

H. de Brun (de Beyrouth). — L'éruption de la dengue peut ressembler à celle de la scarlatine, de la rougeole, de la rubéole. Le plus souvent elle est constituée par de fines papules très serrées, suivies généralement de desquamations et parfois de vives démangeaisons.

Les formes éruptives de la maladie peuvent être divisées en trois variétés :

1° *Forme éruptive fébrile*. Elle se distingue des autres fièvres éruptives par les caractères suivants : l'éruption n'est pas constante, elle n'apparaît pas à une période déterminée de la maladie; l'apparition de l'éruption n'apporte aucune modification aux autres symptômes de la dengue, la violence de la maladie n'est pas en rapport avec l'abondance de l'éruption.

2° *Forme éruptive apyrétique*. Très fréquente. Caractérisée par une éruption généralisée ou partielle, de violence variable, coïncidant avec d'autres symptômes de la dengue (céphalalgie, abattement, courbature, etc.) sans que le malade ressente de la fièvre.

3° *Forme exclusivement éruptive*, dans laquelle l'éruption est la seule manifestation de la maladie.

Le diagnostic des formes éruptives de la dengue offre parfois d'assez grandes difficultés. Sa forme fébrile se distingue facilement de la scarlatine et de la rougeole, mais se distingue parfois difficilement de la variole et du typhus exanthématique, quand les trois épidémies sévissent simultanément, comme cela a coïncidé à Beyrouth aux mois de novembre et décembre 1892. L'éruption morbilleuse de la dengue diffère de celle de la grippe par les caractères suivants : 1° elle n'affecte aucune disposition spéciale; 2° le début ne se fait pas plus particulièrement par la face que par les membres supérieurs ou le tronc; 3° il n'y a jamais concomitance d'un catarrhe broncho-laryngo-nasal; 4° l'éruption survient rarement au début de la fièvre; 5° elle est presque toujours suivie de démangeaisons et de desquamations.

Les formes apyrétiques doivent être distinguées des roséoles médicamenteuses, des roséoles infectieuses, de l'éruption solaire, de l'urticaire.

L'éruption de la dengue n'est pas une toxidermie consécutive à une infection secondaire, elle appartient en propre à la maladie comme la pustule variolique appartient à la variole : la fréquence des formes éruptives pendant les mois de novembre et décembre ; en 1892, et alors que la température oscillait entre 14° et 16° démontre que cette éruption n'est pas due à la chaleur.

Action comparée de l'iodoforme sur le staphylococcus et sur les éléments figurés de notre sang

Le Dr MAUREL, poursuivant ses recherches sur les leucocytes, a expérimenté successivement :

I. L'action du staphylococcus, tel que le donnent les cultures sur gélose sur les éléments figurés de notre sang. — II. L'action de l'iodoforme sur ces mêmes éléments. — — III. L'action de cet agent sur le staphylococcus par la méthode des cultures. — —IV. Enfin l'action simultanée de l'iodoforme sur les éléments figurés du sang et sur le staphylococcus ; et les résultats de ces quatres groupes d'expériences ont été les suivants :

I. Les staphylococcus aureus et albus provenant des cultures sur gélose tuent nos leucocytes en moins de 2 heures ; rendent les hématies diffluentes dans 15 heures environ ; et précipitent la fibrine qui se redissout en moins de 24 heures.

II. L'iodoforme aux doses variant de 0,10 à 2,50 par litre de sang, soit de 1 gramme à 15 grammes environ pour un homme de 60 kilog n'est pas toxique pour nos leucocytes. Au contraire, au moins pour ces doses, leur énergie est d'autant plus augmentée que les doses sont plus élevées.

III. L'iodoforme n'a pas d'action bien sensible sur la reproductivité des staphylococcus.

IV. Mais, au contraire, il exerce une action puissante sur leur virulence, si bien qu'après avoir été soumis à l'influence de cet agent, il devient si peu dangereux pour nos eucocytes que ceux-ci peuvent encore, après en avoir absorbé en grand nombre, achever leur évolution.

De ces expériences le Dr Maurel conclut :

1° Qu'on ne peut pas se baser sur la reproductivité d'un microbe pour apprécier sa virulence ; et qu'il devient nécessaire de reconnaître aux microbes pathogènes et au staphylococcus en particulier au moins trois propriétés : la *virulence* (qui est elle-même multiple), la *reproductivité* et la *survivance*.

2° Que l'efficacité de l'iodoforme contre le staphylococcus, si bien établie par la clinique, est expliquée par ces deux actions qui s'ajoutent : *augmentation de l'énergie des leucocytes et diminution de la virulence du staphylococcus.*

M. POLAILLON rapporte l'observation d'une femme de vingt-six ans, blanchisseuse, à laquelle il a enlevé une tumeur calcaire du ventre qui paraît être une concrétion pierreuse du pavillon de la trompe ; l'ovaire ayant disparu de ce côté, il semble que ce soit cet organe qui ait subi la transformation pierreuse. Jusqu'à ce jour les calculs ou les concrétions pierreuses de l'appareil tubo-ovaire ; ne semblent pas avoir été signalés, on ne connait que quelques faits dans lesquels les éléments d'une grossesse extra-utérine ont subi la transformation, mais alors il est facile de reconnaître l'origine fœtale de la tumeur.

M. CRÉQUY expose la statistique des cas de variole constatés sur les 30,000 agents de la Compagnie du Chemin de fer de l'Est et montre que les quelques cas qui ont été observés sont survenus chez des personnes non revaccinées : aussi exige-t-on aujourd'hui un certificat de revaccination.

M. C. PAUL présente un appareil à stérilisation pour l'eau.

A 4 heures, l'Académie se forme en comité secret.

RÉORGANISATION DES ÉTUDES MÉDICALES

(Rapport de M. Brouardel)

Le projet que la commission chargée d'étudier la réforme des études médicales soumet à l'approbation du Conseil, a pour origine les observations présentées par les Facultés de médecine depuis plus d'un demi-siècle.

Le développement pris dans ces dernières années par les sciences, la nécessité d'initier d'une façon pratique les étudiants aux travaux de laboratoire, enfin la promulgation de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, ont rendu urgente la solution de problèmes soulevés depuis de si longues années.

Ces diverses questions ont été, en ces derniers temps, soumises à des enquêtes successives, dans lesquelles se trouvent consignées les opinions des Facultés de médecine. Le projet ne fait que les résumer et les coordonner.

Malgré cette longue élaboration, le projet n'a pas été sans provoquer quelque émotion au dehors, surtout dans certaines Ecoles secondaires de médecine et de pharmacie.

Votre Commission pense qu'il a été insuffisamment connu ou mal compris, et que, par suite, quelques explications sont nécessaires pour montrer qu'il ne contient aucune disposition sur laquelle les opinions médicales, appelées à se prononcer de la façon la plus précise, n'aient été à peu près unanimes, qu'il répond aux nécessités de l'enseignement, enfin qu'il ne supprime ni ne diminue aucun des privilèges dont jouissent actuellement les Facultés et les Ecoles secondaires.

I. Historique et état actuel.

De tout temps, les professeurs des Facultés de médecine, notamment les professeurs de physique, de chimie, d'histoire naturelle, se sont plaints que les étudiants en médecine abordaient les études médicales avec une préparation scientifique insuffisante ; que, par suite, ces professeurs étaient obligés d'enseigner les éléments des sciences à des élèves qui auraient dû les posséder avant de s'inscrire dans les Facultés.

Ils ont fait remarquer à juste titre que les chaires de chimie, physique et histoire naturelle ont été créées par les Facultés de médecine dans le but, non pas d'enseigner les sciences générales, mais d'en faire connaître les applications médicales à la physiologie, à la pathologie, à la thérapeutique, à l'hygiène, à la médecine légale, à la clinique. Les professeurs chargés de cet enseignement, placés en présence d'élèves n'ayant que des notions tout à fait insuffisantes sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle générales, se sont trouvés dans la nécessité de les compléter et de consacrer la plus grande partie de leur temps, soit dans l'amphithéâtre, soit dans les travaux pratiques, à exposer les questions non médicales avec lesquelles les étudiants auraient dû être familiarisés avant d'entrer dans les Facultés. D'autre part, ils ne pouvaient donner à la partie essentielle de leur enseignement, celle qui est leur raison d'être à la Faculté, je veux dire aux applications des sciences à la médecine, que des développements très restreints. Ils n'auraient pas été compris par des élèves qui n'avaient pas encore abordé l'étude de l'anatomie, de la physiologie et de la médecine.

Les élèves eux-mêmes, convaincus que la possession du grade de bachelier ès sciences restreint suffisait à prouver qu'ils connaissaient ces sciences, n'apportaient à leurs études dans cette première année, qu'une ardeur très mal soutenue. Pour eux, la date réelle de leur entrée à la Faculté de médecine était celle qui leur ouvrait les portes des pavillons de dissection, c'est-à-dire la deuxième année.

Les plaintes étaient unanimes et les résultats du premier examen de doctorat, subi à

la fin de la première année, montrent que, malgré le zèle des professeurs, plus du tiers des étudiants en médecine, et quelquefois la moitié, échouait à cette épreuve deux ou trois fois, et qu'un grand nombre d'entre eux, découragés, renonçaient définitivement aux études médicales.

Dans le programme actuel des études, lorsque l'étudiant a accompli cette première année de scolarité, il ne trouve plus, pendant toute la durée de ses études médicales, un cours ou une conférence destinés à lui montrer les applications des sciences physiques, chimiques ou naturelles à la médecine. Il en résulte que, par suite de l'insuffisance de leur préparation avant d'entrer à la Faculté de médecine, lés étudiants reçoivent incomplètement l'enseignement de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle générales, et plus incomplètement encore celui de leurs applications à la médecine.

Ce vice du programme des études médicales a été signalé de tous temps. Je n'en citerai qu'une preuve. Dans la haute Commission des études médicales, réunie en 1845 sous la présidence du ministre de l'instruction publique, M. de Salvandy, Orfila disait, dans la séance du 23 décembre : « A l'époque où fut faite la loi du 19 ventôse an XI, on ne s'occupait pas des sciences dites accessoires, qui sont devenues d'une si grande importance aujourd'hui et qui exigent au moins une année d'études » et, appuyé par Dumas, il demandait que la scolarité des études médicales fut portée à cinq ans. De son côté, le doyen de la Faculté de Strasbourg, Coze, demandait que le baccalauréat ès sciences (alors il n'était pas restreint) fût acquis avant d'entrer à la Faculté de médecine comme sous le régime de 1827 à 1831. On croirait, en lisant ces procès-verbaux, assister aux discussions de l'époque présente.

L'unanimité des réclamations présentées depuis lors par les diverses Facultés a suscité diverses enquêtes ; je m'en tiendrai à celles que l'Administration a provoquées en 1890 et 1892.

En 1890, la question était ainsi posée par une circulaire ministérielle : « Création d'une série de la seconde partie du baccalauréat propre aux futurs étudiants en médecine et comprenant la physique, la chimie et l'histoire naturelle avec des épreuves pratiques. Organisation dans les Facultés des sciences d'une année d'études correspondant à ces matières. Distribution des matières de l'enseignement médical en quatre années. »

En 1892, la circulaire ministérielle du 9 mai posait la question un peu différemment :

« 1. Organisation dans les Facultés des sciences, après des études secondaires complètes, y compris la classe de philosophie, d'une année d'études théoriques et pratiques, comprenant la physique, la chimie et l'histoire naturelle, à la place du baccalauréat ès sciences restreint et de la première année du programme actuel des Facultés de médecine.

« 2. Organisation de quatre années d'études médicales, y compris les applications des sciences physiques et naturelles à la médecine ; remaniement des examens de manière à en faire rentrer une partie dans la durée de la scolarité. »

Il y a lieu de remarquer qu'en ce qui concerne l'organisation des études médicales et la préparation scientifique nécessaire à ces études, les questions posées aux Facultés en 1890 et 1892 sont identiques; la différence ne porte que sur les études secondaires préalables. En 1890, on demandait si elles ne pouvaient pas s'arrêter à la rhétorique. En 1892, on admet qu'elles comprendront nécessairement une année de philosophie.

Ce changement s'explique par deux raisons. D'abord dans la section permanente, on a élaboré de nombreux projets dans le but de faire tenir dans une seule année la classe de philosophie et l'année de préparation des sciences physiques et naturelles; on n'a pu aboutir à un plan véritablement satisfaisant et on a dû y renoncer. Puis les Facultés de

médecine, qui avaient soulevé la question de la suppression ou de la transformation de la classe de philosophie, se sont ensuite prononcées à une grande majorité contre toute modification de cette classe.

Analysons maintenant les réponses que les diverses Facultés ont faites aux questions posées en 1890 et 1892.

Faculté de médecine de Paris. — 1. (1890). Les aspirants à la Faculté de médecine feront une année d'études scientifiques préparatoires à la médecine. Voté à l'unanimité.

2. Cette année d'études préparatoires sera organisée dans les Facultés des sciences. Adopté par 17 voix contre 6.

En 1892, la réponse est encore affirmative sur le mode d'organisation des études médicales et des études scientifiques préparatoires. Seulement l'assemblée demande qu'un examen soit institué pour l'entrée dans la Faculté, et, dans le cas contraire, elle demande que l'enseignement préparatoire soit rattaché aux Facultés et Ecoles secondaires de médecine tout en étant distinct et séparé de la scolarité médicale.

Disons de suite que cet examen d'entrée subi à la Faculté de médecine a dû être écarté comme contraire aux principes mêmes des statuts universitaires.

Faculté de médecine de Bordeaux. — (1890). Elle répond affirmativement aux questions posées par la circulaire. Elle demande la suppression du baccalauréat restreint, la création d'une année préparatoire dans les Facultés des sciences. En 1892, elle répond affirmativement sur l'organisation des études, demande une année d'études préparatoires et quatre années de scolarité médicale.

Faculté de médecine de Lille. — En 1890, elle répond affirmativement sur tous les points.

En 1892, elle se réfère à ses réponses de 1890.

Faculté de médecine de Lyon. — En 1890, elle répond affirmativement sur l'organisation des études. Elle préfèrerait que l'année préparatoire fût organisée dans les lycées plutôt que dans les Facultés des sciences.

En 1892, elle maintient l'ensemble de ses réponses, mais cette fois elle demande que l'année d'études préparatoires se fasse dans les Facultés des sciences et non plus dans les lycées.

Faculté de médecine de Montpellier. — En 1890, les réponses sont affirmatives sur l'organisation des études. « La Faculté admet aussi que les Facultés des sciences soient chargées de l'enseignement de la physique, de la chimie, de l'histoire naturelle. Elle demande que cet enseignement soit fortement organisé, de manière que les élèves arrivent suffisamment préparés pour aborder immédiatement l'étude des sciences médicales proprement dites. »

En 1892, la commission propose à la Faculté de revenir sur cette décision. L'assemblée semble avoir été assez divisée, car elle a voté deux projets parallèles : dans l'un, l'année préparatoire reste à la Faculté de médecine ; dans l'autre, elle doit se faire en dehors de celle-ci. Mais le projet qui m'a été transmis se termine ainsi : Délibéré et adopté, le 7 juin 1892, avec préférence pour le projet B, celui qui demande que l'année préparatoire soit en dehors de la Faculté de médecine.

Faculté de Nancy. — En 1890, toutes les propositions de la circulaire ministérielle sont adoptées à l'unanimité ; en 1892, Nancy maintient son adhésion.

Faculté de Toulouse. — En 1890, la Faculté de Toulouse n'existe pas encore ; en 1892, elle est favorable au projet mis à l'enquête.

Malgré leur longueur, votre rapporteur a tenu à vous exposer complètement les résultats de cette laborieuse enquête. Le Conseil sera ainsi convaincu que, pour résou-

dre une question posée presque dans les mêmes termes depuis 1845, on a demandé toutes les opinions, et que celles-ci n'ont été émises qu'après des délibérations aussi mûries qu'elles ont été libres.

Ainsi, à l'unanimité, les Facultés demandent l'organisation d'une année de sciences physiques et naturelles préparatoires aux études médicales, et à la très grande majorité elles désirent qu'elle soit organisée dans les Facultés des sciences.

Après discussion, votre Commission a pensé que l'une des causes principales de l'échec des tentatives antérieures, c'est que, par des considérations diverses, on avait confondu dans un même enseignement ce qui était d'ordre général et ce qui est d'ordre médical ; que cette confusion avait empêché de tirer de ces études le profit qu'on était en droit d'en attendre pour les sciences médicales. Par suite, elle pense qu'il y a lieu de séparer définitivement ces deux parties : de ne laisser entrer dans les Facultés de médecine que des élèves déjà suffisamment instruits dans les sciences physiques et naturelles ; d'organiser, dans les Facultés de médecine, l'enseignement de ces sciences dans un but exclusivement médical, convaincue que, maintenu dans les Facultés de médecine et les Ecoles, l'enseignement préparatoire ressemblerait trop à celui qui, jusqu'à ce jour, n'a donné que des résultats insuffisants.

II. Durée de la scolarité. Durée des études

Les Facultés de médecine, en demandant une année préparatoire aux études médicales, n'ignorent pas qu'au point de vue de la scolarité, elles paraissent augmenter d'une année la durée des études telle qu'elle existe dans le régime actuel. Mais elles font remarquer :

1° Que si la durée de la scolarité semble prolongée d'une année, il n'en est pas de même de la durée réelle des études médicales.

Voici, en effet, ce que nous apprend le dépouillement des dossiers des 663 docteurs reçus à Paris en 1888 et 1889.

Durée des études médicales des docteurs français reçus en 1887-1888 et 1888-1889 à la Faculté de Paris :

De 4 à 5 ans	61
De 5 à 6 —	113
De 6 à 7 —	142
De 7 à 8 —	91
De 8 à 9 —	61
De 9 à 10 —	46
De 10 à 11 —	51
Plus de 11 —	98
Total. . .	663

Il résulte de ce relevé que, sur ces 663 docteurs, plus de la moitié ont mis plus de sept ans à faire leurs études : les uns, parce que, laborieux entre tous, ils ont préparé les concours de l'internat et ont ainsi volontairement et très utilement prolongé leurs études ; les autres parce que, sans préparer les concours, ils ont utilisé les laboratoires mis à leur disposition, fréquenté les cliniques spéciales ; d'autres enfin, parce que leur scolarité a été interrompue par la maladie, par des échecs, etc. Pour les meilleurs élèves, la durée des études varie de six à huit ans, et souvent même, pour les internes, elle atteint dix années.

On a bien souvent modifié le régime des études médicales, leur durée a peu varié. En 1845, Orfila donnait des chiffres analogues à la Commission des études médicales ; les relevés que j'ai faits pour les années 1855, 1865, 1875 sont presque identiques.

2° Les Facultés ont fait remarquer que cette augmentation de la durée de la scolarité

n'est qu'apparente. Dans le régime actuel, après le baccalauréat ès lettres classique, les aspirants au doctorat doivent prendre le baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique.

La moitié des jeunes gens conquiert ce diplôme dans la même session que le baccalauréat ès lettres. L'autre moitié ne l'obtient qu'au bout de six mois, d'un an, parfois même de deux ans. Pour cette seconde moitié, l'année passée à faire les études préparatoires n'augmente en rien la durée des études. D'autre part, le projet abrège notablement la durée totale des études médicales. Dans le régime actuel, le troisième examen de doctorat (pathologie interne et externe) ne peut être subi que lorsque la scolarité est terminée, c'est-à-dire trois mois après la prise de la seizième inscription ; d'après le projet, l'élève pourra passer ce même examen après la treizième inscription, c'est-à-dire neuf mois plus tôt que dans l'ancien régime.

En résumant cette discussion, on peut dire que, pour la moitié des élèves, ceux qui obtenaient dans la même session le baccalauréat ès lettres et le baccalauréat ès sciences restreint, la durée de la scolarité sera augmentée de trois mois ; que pour l'autre moitié, ceux qui n'obtenaient le baccalauréat ès sciences qu'au bout de six mois ou un an, elle sera diminuée de neuf mois.

III. Répartition des études et des examens.

L'étudiant, en entrant à la Faculté de médecine, abordera immédiatement les études anatomiques et les études cliniques. Pour pouvoir subir un examen de pathologie chirurgicale et médicale dès la treizième inscription, il faut que, pendant les trois premières années, il soit astreint à un stage hospitalier.

Pendant les deux premières années, il disséquera au cours du semestre d'hiver; pendant le semestre d'été, il fréquentera les laboratoires d'histologie, de physiologie, de physique, de chimie, d'histoire naturelle médicales. Quant à ces dernières sciences, elles seront réparties de telle façon qu'elles suivront l'étudiant pendant toute la durée de ses études, en adaptant le moment de la démonstration propre à ces diverses sciences aux diverses périodes de l'éducation de l'étudiant. Ainsi l'optique et l'acoustique seront rapprochées de la physiologie et l'élève sera interrogé sur ces matières au deuxième examen; l'électricité médicale, si mal connue des médecins, précisément parce qu'elle n'est pas apprise aux élèves au moment où ils peuvent en étudier les applications aux affections nerveuses, fera partie du quatrième examen (thérapeutique). La chimie des humeurs, de la nutrition, fait médicalement partie du programme de la physiologie; leurs altérations, de celui de la pathologie générale ou spéciale ; elles seront enseignées pendant la durée des études de troisième année. Les applications de la chimie à la thérapeutique, à la matière médicale, à l'hygiène, à la médecine légale se retrouveront au quatrième examen. La zoologie, la botanique, surtout par le rôle que jouent actuellement en pathologie et en hygiène les parasites animaux et végétaux, seront étudiées pour le troisième et le quatrième examen.

Les laboratoires pratiques affectés actuellement à ces chaires serviront aux élèves, de manière à les familiariser avec les objets immédiats de leurs études.

Si quelques personnes ont pu craindre que l'enseignement des sciences ne fût abandonné, elles ont mal compris le projet. Ce n'est pas alors que les savants français ont fait faire, par les découvertes chimiques et bactériologiques, un si grand progrès aux sciences médicales, qu'il serait venu à la pensée de l'un de nous de diminuer leur place dans les études médicales. Mais nous avons pensé que parler des applications médicales des sciences à ceux qui ignorent les éléments de la médecine était une erreur de méthode; que leur parler de ces applications au moment même où ils étudient la

physiologie la pathologie, la thérapeutique, était fécond pour l'enseignement et j'ajouterai indispensable. On diagnostique les maladies, aujourd'hui, bien souvent par les recherches de laboratoire, soit par les procédés chimiques, soit par les examens bactériologiques. C'est ainsi maintenant que l'on décèle et que l'on confirme le diagnostic de la phtisie, que l'on détermine la nature d'une épidémie qui vient d'éclater.

L'étude des applications des sciences physiques, chimiques et naturelles suivra donc l'étudiant pendant tout le cours de sa carrière. En procédant ainsi, nous avons l'intime conviction que nous restituons aux études scientifiques leur véritable rôle dans l'éducation médicale.

IV. Écoles de médecine de plein exerçice et écoles préparatoires réorganisées.

La loi du 30 novembre 1892 dit dans son article 1er : « Les inscriptions précédant les deux premiers examens probatoires pourront être prises et les deux premiers examens subis dans une école préparatoire réorganisée. »

Le projet qui vous est soumis aurait pu s'en tenir à la lettre de ces dispositions. Mais l'Administration, la section permanente et votre Commission ont pensé qu'il y avait mieux à faire qu'à se tenir ainsi dans les termes stricts du texte législatif ; elles ont pensé qu'il y avait lieu de demander aux Écoles préparatoires des services plus grands ; elles estiment que leur passé permet d'espérer qu'elles sont appelées à aider plus efficacement les Facultés de médecine dans l'organisation générale de l'enseignement médical.

Si l'on avait conservé l'ancien plan d'études, en transportant la préparation des sciences physiques et naturelles en dehors des Facultés et Écoles de médecine, les Écoles secondaires conservaient leurs élèves deux ans et les Écoles de plein exercice trois ans.

En même temps disparaissaient les chaires d'enseignements médicaux qui n'avaient plus d'objet dans ces écoles après la suppression de l'officiat de santé.

Nous avons pensé qu'il y avait lieu de laisser les étudiants en médecine trois ans sous la direction des professeurs des Ecoles secondaires réorganisées et quatre ans dans les Écoles de plein exercice.

Si on veut bien tenir compte du rôle dévolu aux professeurs des sciences physiques et naturelles dans l'enseignement de la physiologie et de la pathologie, on verra que ces Ecoles conservent tout leur personnel et leurs élèves pendant le même laps de temps et que leurs laboratoires seront utilisés au plus grand profit de leurs élèves. Elles ne perdent rien; elles gagnent l'enseignement de la pathologie et de la médecine opératoire pour le doctorat que ne possédaient pas les Ecoles secondaires.

Pour assurer l'influence de leurs professeurs, les examens, qui étaient passés devant un jury de professeurs délégués par les Facultés, seront subis dorénavant devant un jury composé d'un professeur de Faculté, président. et de deux professeurs de l'Ecole elle-même.

Nous pensons que, dans ces conditions, les Ecoles de plein exercice et les Ecoles secondaires réorganisées attireront près d'elles plus d'étudiants encore que par le passé.

Quelques-unes de ces Ecoles ont témoigné une vive émotion en apprenant que la première année des études médicales serait placée en dehors des Facultés et Ecoles. Elles ont craint que ce transfert ne nuisît à leur recrutement : les unes, parce qu'il n'y avait pas dans la ville même une Faculté des sciences; les autres, au contraire, parce que « elles avaient le périlleux honneur d'en posséder une ».

L'Administration a pensé que les villes dans lesquelles il n'y avait pas, en même temps que l'Ecole sesondaire, une Faculté des sciences, pouvaient redouter à juste titre que les étudiants, obligés de passer une année dans une ville rivale, ne fussent amenés

à les déserter. Elle a donc proposé, et votre Commission a accepté, que dans les villes où il existe une Ecole de plein exercice ou une Ecole secondaire réorganisée, mais où il n'y a pas de Faculté des sciences, serait organisé l'enseignement scientifique préparatoire aux sciences médicales.

En un mot, les Ecoles secondaires ont pendant trois ans, les Ecoles de plein exercice pendant quatre ans, tous les privilèges des Facultés de médecine. Nous estimons que cette situation est supérieure à celle qu'elles possédaient, qu'elle est légitime, et nous sommes persuadés que si les Ecoles veulent sincèrement prendre part au mouvement scientifique, elles acquerront, comme quelques-unes ont déjà su le faire sous un régime moins favorable, une situation très élevée dans l'éducation de la jeunesse médicale.

Nous pensons avoir démontré que la réforme, déjà demandée en 1845 par Orfila, peut être et doit être effectuée en ce moment : les opinions exprimées par les diverses Facultés de médecine dans deux enquêtes successives lui sont favorables. Le projet n'augmente pas, en réalité, la durée de la scolarité. L'étude générale des sciences physiques, chimiques et naturelles précède l'entrée de l'étudiant dans la carrière ; les professeurs de ces sciences dans les Facultés de médecine pourront réellement montrer quelles sont leurs applications à la médecine, en distribuant leur enseignement pendant toute la durée des études médicales ; les Ecoles de plein exercice et les Ecoles secondaires réorganisées assureront, pendant trois et quatre ans, cet enseignement dans les mêmes conditions que les Facultés elles-mêmes.

Nous savons que quelques-uns de nos collègues, professeurs des sciences dans les Facultés de médecine, sont émus de cette réforme ; ils avaient un plein succès dans leur enseignement. Mais je suis persuadé que le plaisir de développer oralement, devant un auditoire nombreux, mais insuffisamment préparé, les éléments de la science, ne les illusionne pas au point de leur faire méconnaître ce que la science médicale est en droit d'attendre d'eux.

Au lieu d'un succès apparent, très flatteur, ils auront la satisfaction plus haute de contribuer vraiment au bien des études et au progrès de la science, d'exercer une influence efficace et féconde en enseignant aux étudiants en médecine ce qui fait partie essentielle de leur éducation médicale, au moment précis où ils peuvent vraiment recevoir cet enseignement. Nous pouvons compter sur leur concours, car ils sont convaincus comme nous que l'avenir appartient aux élèves qui connaîtront le mieux, en sortant des Facultés de médecine, les méthodes des sciences physiques et naturelles.

En tout cas, alors même que la réforme troublerait les habitudes de quelques-uns de nos collègues, nous croyons avoir établi que l'intérêt de l'élève est de trouver toujours à côté de ceux qui lui enseignent à observer, à analyser les maladies, le maître qui lui apprendra les ressources de la méthode expérimentale, contrôle indispensable de nos procédés cliniques.

Tel est, en résumé, l'ensemble des vues qui ont guidé tous ceux qui, depuis un certain nombre d'années, ont étudié ces projets de réforme.

S'ils ont varié dans l'appréciation de quelques détails, ils n'ont pas varié sur le but à atteindre : associer les sciences expérimentales aux études médicales proprement dites, de façon à maintenir notre enseignement médical au rang qu'il ne doit pas perdre.

COURRIER

Incident au cours des épreuves pour l'admission a l'école de médecine navale de Bordeaux. — Les épreuves écrites du concours d'admission à l'Ecole principale du service de santé de la marine ont été marquées, à Rochefort, par un regrettable incident.

Les candidats, qui avaient fait, le matin, la composition française, étaient réunis dans l'après-midi, pour subir l'épreuve du thème allemand, lorsque le président, rompant l'enveloppe venue du ministère, s'aperçut qu'elle contenait, au lieu du thème allemand, le texte de la composition française, déjà donné !

Le thème allemand n'a donc pu être fait à Rochefort, et il est probable que dans l'un des deux autres ports, Brest ou Toulon, l'épreuve de la composition française n'a pas été subie, — l'enveloppe qui devait en contenir le texte renfermant sans doute la copie du thème allemand destinée à Rochefort.

Avisé par télégramme, le ministre de la marine a donné l'ordre d'annuler les épreuves de la composition française et du thème allemand. Ces épreuves recommenceront lundi prochain, 7 août.

Hospices civils de Marseille. — Un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le lundi 6 novembre 1893, à 3 heures, pour deux places de médecins-adjoints des hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la commission administrative huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

Mensuration anthropométrique. — La méthode d'identification anthropométrique de M. Bertillon va probablement être adoptée en Angleterre, Le conseil de l'Association britanique pour l'avancement des sciences vient d'appeler spécialement l'attention du gouvernement anglais sur cette méthode et son application au département criminel du ministère de l'intérieur, aux bureaux de recrutement de l'armée et de la marine et à l'administration coloniale. Francis Galton, l'inventeur de la photographie composite, préconise, comme addition à l'identification anthropométrique, l'empreinte de la pulpe des doigts des mains, qui lui paraît être d'un réel secours.

Faculté de médecine de Paris. — La chaire de thérapeutique et matière médicale est déclarée vacante.

MM. Chauffard et Ricard, agrégés, sont chargés en outre, pour l'année scolaire 1893-1894 des cours ci-après désignés :

Pathologie et thérapeutique générales, M. Chauffard ;

Pathologie chirurgicale, M. Ricard.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Curtillet est institué pour une période de deux ans, à partir du 19 novembre 1893, chef de clinique chirurgicale à ladite faculté, en remplacement de M. Orcel.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Liste d'embarquement des médecins de 1re classe :

Cherbourg. — MM. 1. Deblenne ; 2. Fras ; 3. Brannellec ; 4. Salaün ; 5. Nollet ; 6. Duprat.

Lorient. — MM. 1. Thamin ; 2. Ropert ; 3. J. Kergrohen ; 4. Palasne de Champeaux ; 5. Du Bois Saint-Sévrin.

Rochefort. — MM. 1. Dufour ; 2. Julien-Laferrière ; 3. Mialaret ; 4. Gorron ; 5. Touchet ; 6. Lassabatie ; etc.

Toulon. — MM. 1. Durand ; 2. Gauran ; 3. Ourse ; 4. de Bonadona ; 5. Amouretti ; 6. Cauvet.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

*Nos ateliers étant fermés les lundi et mardi à cause de la fête de l'Assomption, l'*Union Médicale *ne paraîtra pas mardi.*

Sommaire

HYGIÈNE

ALTÉRATIONS SPONTANÉES. STÉRILISATION ET FALSIFICATIONS DU LAIT (*Suite*).

II. **Stérilisation.** — L'industrie laitière, en France comme à l'étranger, a subi, depuis quelques années une révolution véritable sous l'influence des découvertes contemporaines et par suite de la constatation des faits qui ont été exposés dans le précédent article (1). Les dangers du lait cru et les inconvénients du lait bouilli ont été admis par la plupart des médecins qui s'occupent de l'hygiène de l'enfance ; des procédés nouveaux ont été imaginés, l'industrie a créé des appareils pour chauffer le lait à l'abri du contact de l'air, le commerce et la réclame s'en sont mêlés. Et la question est un peu sortie du domaine médical ; nous ne la suivrons pas sur ce terrain.

Pour détruire les microbes sans altérer le lait, on a recours à deux méthodes : *pasteurisation* et la *stérilisation*.

La *Pasteurisation* est un procédé que son auteur a d'abord appliqué à la bière et au vin. Il consiste à faire passer le lait très rapidement à la température de 70 à 75 degrés et à le ramener immédiatement à 10 ou 12 degrés. On parvient à ce résultat à l'aide d'appareils reposant tous sur le même principe. Ceux dont on se sert dans la grande industrie laitière de Paris, con-

(1) *Union Médicale* du mardi 1er août, n° 13.

FEUILLETON

Sur l'indiscipline des médecins

Il est beaucoup question, depuis quelque temps, de l'indiscipline des médecins. C'est le gros argument sur lequel on s'est appuyé pour repousser les modifications proposées à la loi militaire, en ce qui concerne les étudiants de nos Facultés. L'accusation portée contre nous n'est pas seulement d'une banalité navrante et d'une injuste gratuité ; elle emprunte quelque chose de profondément triste à la qualité même des hommes qui n'ont pas craint de la formuler.

Ainsi, c'est le grand état-major de l'armée, ce sont les généraux qui dès leur entrée dans le métier des armes ont pu, pendant de longues années, apprécier la valeur professionnelle, le dévouement à toute épreuve de nos confrères militaires ou marins, juger du travail fourni par eux, des résultats obtenus et des progrès accomplis, les voir sans cesse à l'œuvre à leurs côtés, toujours à la hauteur de toutes les tâches, ce sont ceux-là qui ne reculent pas devant cette affirmation proclamée, on peut le dire, à la face du pays dans une commission parlementaire : « Les médecins ne sont pas seulement indisciplinés, ils sont indisciplinables ! » On se demande alors dans quel but leur infliger

sistent en deux réservoirs concentriques. L'intérieur renferme le lait, l'extérieur est parcouru par un courant de vapeur. Lorsque le lait s'est élevé à la température voulue, il s'écoule dans un refroidisseur à eau courante. Ce procédé porte le nom de système du professeur F. Jord. Le docteur Legay de Lille, a imaginé un procédé plus simple pour pasteuriser le lait sous pression (1). En Allemagne on se sert de l'appareil de *Thiel*. Le lait passe rapidement sur une plaque métallique ondulée et chauffée extérieurement, puis il vient se refroidir dans un récipient entouré de glace.

Le lait *pasteurisé* se conserve facilement et peut voyager même dans les grandes chaleurs de l'été; mais, arrivé à destination, il faut le transvaser dans de nouveaux récipients qui ne sont pas toujours propres et les industries se livrent souvent à des coupages clandestins qui le dénaturent.

La *stérilisation* pour ces motifs est généralement préferée. Elle consiste à chauffer le lait au bain-marie jusqu'à 100 ou 110 degrés et à boucher immédiatement après les vases qui le renferment. On a l'avantage de le livrer ainsi au consommateur dans des vases bien fermés qu'on ne débouche qu'au moment de s'en servir. Pour plus de facilité, on emploie de petits flacons dont chacun renferme le contenu d'un repas, et c'est aux nourrissons que ce lait est destiné.

Les laits préparés en grand dans des appareils comme celui de MM. Higuette et Timpe peuvent être chauffés jusqu'à 110 ou 120 degrés, par le moyen de la vapeur d'eau sous pression; mais il est inutile, comme nous l'avons dit, d'atteindre cette température et dans la pratique, il vaut mieux s'arrêter à 100 degrés. Cette stérilisation suffit pour les nourrissons, mais elle ne doit viser que la provision de vingt-quatre heures (1).

On préfère en général les appareils plus simples qui peuvent permettre de préparer chaque jour dans les familles, ou dans les hôpitaux, la quantité de lait qui doit être consommé dans la journée. Les appareils qui se

(1) *Journal des Inventeurs*, 1893, n° 71, p. 7.
(1) André Chavane, du lait stérilisé, loc. cit. p. 58.

---

cette année de caserne si le résultat qu'on se propose d'en obtenir est à l'avance déclaré impossible à réaliser. Le sabre a de ces illogismes devant lesquels il faut s'incliner comme devant des dogmes religieux, sans les comprendre, et précisément parce qu'on ne les comprend pas, *Credo quia absurdum*.

Je ne saurais avoir l'intention de redire ici les choses irrésistiblement vraies qui ont été dites par l'unanimité de la presse médicale sur l'insanité qui consiste à empêcher des jeunes gens d'apprendre, pendant un an, l'art qu'ils exerceront toute leur vie, pour leur enseigner, pendant ce même temps, ce qu'il leur sera interdit de jamais pratiquer plus tard. Les hommes à qui cette vérité, bête à force d'être simple, n'a pas crevé les yeux du premier coup, sont vis-à-vis d'un raisonnement quelconque, comme le verre vis-à-vis du mercure : cela ne les mouille pas. Mais il n'est pas inutile, peut-être, d'essayer de saisir les différences qui séparent la notion très droite mais très compréhensive que nous avons nous autres de la discipline, de la notion non moins droite, mais plus étroite, plus brutale, on pourrait dire moins grande, qui est celle des combattants.

La *Gazette hebdomadaire* publiait tout récemment une lettre d'un « médecin de réserve » qui exprimait cette différence par deux exemples très saisissants. J'ai été témoin, jadis, d'un fait qui les résume tous les deux et que je crois assez caractéristique pour mériter

partagent la faveur du public sont ceux de Soxhlet, Escherich, Egli-Sinclair et Gentile. Le premier est le plus employé en France. Il est constitué par un bain-marie fermé, dans lequel plonge un porte-bouteille. Les flacons, d'une contenance de 200 grammes ne doivent être remplis qu'aux deux tiers. On place sur leur goulot, un petit disque en caoutchouc fixé par un cylindre en métal armé de trois griffes. L'ébullition est entretenu pendant quarante minutes au bout desquelles les flacons sont retirés de l'eau. La vapeur dégagée par le lait et qui remplit l'espace vide se condense par le refroidissement et la pression atmosphérique enfonce le disque de caoutchouc dans le goulot, en le déprimant à son centre. Cette dépression est une garantie de la réussite de l opération (1).

Les procédés Escherich, Egli-Sinclair, Gentile ne diffèrent du précédent que par des détails relatifs au bouchage des flacons (2).

M. Budin, qui ne se sert dans son service de la Charité, que de lait stérilisé à l'hôpital même et dans son laboratoire, avec l'appareil de Soxhlet, fait préparer chaque jour la quantité nécessaire pour la journée et la nuit. Il recommande de ne jamais laisser une bouteille en vidange ; il donne le lait pur et pour le faire boire aux enfants, il adapte au goulot un petit appareil auquel il a donné le nom de *Galactophore* (3).

M. Lédé a fait connaître au récent *Congrès des Sociétés savantes*, un procédé plus simple pour stériliser le lait. Il consiste à mettre les bouteilles, dont la contenance doit varier de 90 à 110 grammes, suivant l'âge du nourrisson, dans un panier à verres sans cloison, de 16 à 18 centimètres de diamètres, qu'on plonge ensuite dans un récipient de ménage quelconque,

(1) Docteur Soxhet, Milch und Milchprodukte (Munchen (1886).

(2) Les appareils sont décrits et figurent dans l'ouvrage déjà cité du docteur Chavane, p. 45 et suivantes.

(3) Note sur l'allaitement des nouveaux nés, par M. P. Budin en collaboration avec M. Chavane interne des hôpitaux (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1892. T. XXVIII, p. 99).

---

de vous être conté. Cela se passait à une commission de réforme présidée par un général et dans laquelle un des hommes présentés au jugement de la commission avait obtenu de ne pas venir en personne devant elle. Il devait être réformé *sur pièces*, suivant l'expression consacrée. Ces pièces se composaient d'un de ces longs imprimés en usage dans l'armée, qui contiennent un certificat de visite et de contre-visite ; le tout était revêtu de l'approbation et de la signature du général de la brigade.

Le diagnostic qui figurait sur les deux certificats était malheureusement trop vague pour permette aux médecins adjoints à la commission d'exprimer un avis fondé. Il était ainsi conçu : *Amblyopie.* Que dire ? sinon que le renseignement était insuffisant et qu'il était nécessaire, avant de se prononcer, de voir l'amblyope et de l'examiner en détail. Cela fut dit, en effet, très carrément et très respectueusement, comme il convenait. Mais... — je soupçonne que ce mot bizarre avait un peu hypnotisé le président de la commission qui dut penser qu'un terme de cet acabit ne pouvait s'appliquer qu'à une affection très grave ; d'ailleurs la signature de son collègue, apposée en marge du papier, lui donnait à croire que ledit collègue avait eu la même idée que lui et, fort de cet appui moral, il insistait pour faire fléchir l'opinion de ces deux indisciplinés qui osaient avoir de l'amblyopie un sentiment si peu conforme à la théorie. — A bout de

une marmite par exemple. On verse de l'eau dans ce vase jusqu'à la hauteur qu'atteint le lait dans les flacons et quand elle commence à bouillir, on couvre la marmite, on prolonge l'ébullition pendant quarante-cinq minutes ; puis on enlève le couvercle, on retire le panier et on ferme les bouteilles avec des bouchons de liège soigneusement nettoyés.

Notons encore le stérilisateur en verre recuit du docteur Rougeot (1).

Le docteur Hesse (de Dresde) trouvant ces procédés trop simples, en a imaginé un beaucoup plus compliqué (2) et il recommande de créer des établissements comme celui de Dresde pour centraliser la stérilisation du lait. Nous avons déjà fait connaître les inconvénients de cette préparation en grand, bien inférieure à la *stérilisation* qu'on peut effectuer chaque jour dans les familles avec des appareils plus simples et moins dispendieux ; mais ce n'est là qu'un conseil qu'on est libre de ne pas suivre. Que dire de la proposition faite par le docteur Hermann Scholl au dernier *Congrès de l'Association* allemande d'hygiène publique de Leipzig, d'exiger la stérilisation préalable de tout lait mis en vente ? (3).

De pareilles exagérations ne sont propres qu'à déconsidérer l'hygiène. L'idée de soumettre à la stérilisation la quantité énorme de lait qui se consomme chaque jour dans une grande ville n'est qu'enfantine ; mais celle d'imposer cette mesure à tout le monde est tyrannique, et il me vient comme à M. le professeur Arnould, une crainte vague que ces théoriciens ne rendent un de ces jours l'hygiène ridicule (4). Bornons nous à recommander une surveillance plus grande des vaches laitières, à conseiller aux consommateurs de faire bouillir le lait avant de le boire et réservons la stérilisa-

(1) *L'information médicale,* 1893, n° 8, p. 6.

(2) Docteur Hesse, Heber, Milchstérilisisung un Grassbetriebe (*Zeitsch f. Hygiène und Infectiom Krankeiten XIII*, p. 42, 1893).

(3) Compte rendu du congrès de l'Association allemande d'hygiène publique à Leipzig, *Revue d'hygiène,* 1892, t. XIV, p. 266.

(4) *Revue d'hygiène,* 1892, t. XIV, p. 270.

---

raisons, il leur dit (Daudet seul saurait figurer phonétiquement l'accent de Vaucluse avec lequel ce fut lancé) : « Enfin ceci n'est pas un simple certificat de médecins ; c'est une pièce qu'un général y a passé dessus ». Je garantis l'authenticité littérale du texte. Les indisciplinables ne dirent mot, ce qui, malgré le proverbe, n'était pas un consentement. Le président passa outre et recueillit, de gauche à droite, les notes des membres qui avaient voix délibérative. « A réformer, mon général ». — Parfaitement, mon général ». — « C'est mon avis, mon général ». — Oui, mon général ». Sur quoi, celui-ci, joyeux comme d'une victoire : « Très bien, réformé ! » En sortant, il songeait bien certainement que, quand on les aurait obligés à astiquer pendant un an des boutons de tunique enfilés dans la rainure d'une patience, les médecins de l'armée seraient de tout autres hommes.

Il ne leur arrivera plus alors de commettre des refus d'obéissance comme le suivant, dont un de mes camarades s'est rendu coupable. On venait d'apporter à l'hôpital un homme grièvement blessé pendant un exercice de tir. Il s'agissait d'aller à la recherche du projectile logé dans les chairs de l'épaule et des esquilles qu'il avait produites ; peut-être serait-on amené à réséquer la tête humérale, peut-être à désarticuler le bras. Le colonel était venu voir le blessé au moment où on se disposait à l'endormir. Il jeta un

tion du lait pour les enfants à la mamelle qui ne peuvent pas être nourris au sein, puisqu'il est admis aujourd'hui que ce lait est préférable au lait cru et au lait bouilli.

III. **Falsifications.** — La consommation du lait a pris, depuis quelques années, un développement qui explique la fréquence des manipulations dont il est l'objet. Les falsifications proprement dites sont pourtant plus rares qu'on ne croit.

« On cite, dit M. Girard, des exemples d'addition de fécule, d'amidon de « farine, de malt d'avoine, de blanc d'œuf, de dextrine, de sucre ordinaire « et même de cervelle et d'huile traitée par l'acide sulfurique. Nous pou- « vons affirmer que jusqu'à présent, nous n'avons rencontré ces substances « que très rarement (1). »

A Paris, la fraude se borne à écrémer le lait, à le mélanger d'eau ou de petit lait et à y ajouter un peu de bicarbonate de soude pour l'empêcher de se coaguler, mais cette fraude se pratique sur une grande échelle. Avant d'arriver au consommateur le lait a passé par les mains : 1° des fermiers ou nourrisseurs ; 2° des marchands en gros ou collectionneurs ; 3° des crémiers ou laitiers des rues qui le vendent au public. Il a été refroidi, écrémé, chauffé, mouillé et transvasé cinq ou six fois. Sur un millier d'échantillons que le laboratoire municipal examine par an, les uns prélevés par les inspecteurs et les commissaires de police, les autres rapportés par le public, on en trouve en moyenne 45 à 46 pour 100 qui sont mouillés à 10 pour 100 et au-dessous. A Londres, la proportion n'est que de 26,45 pour 100. On peut toutefois se procurer à Paris du lait pur ; c'est celui qui se vend en vases cachetés. Il arrive des fermes deux ou trois fois par jour. Le prix en est élevé ; il est en général de 65 centimes le litre et de 45 centimes le demi-litre. Ce lait n'est pas écrémé (2).

(1) Girard, *Documents sur les falsifications alimentaires*, Paris, 1882, p. 238.

(2) Girard, *Documents sur les falsifications des substances alimentaires*, loc. cit. p. 241.

coup d'œil circulaire sur la salle d'opérations, fronça un instant les sourcils en regardant l'aide-major qui appliquait la compresse sur le visage renversé en arrière du patient, puis : « Dites-donc, major, faudrait faire mettre un ou deux oreillers à ce garçon-là, il a la tête trop basse, ...risquez de lui donner une congestion ! » Ajouterai-je qu'on ne mit point d'oreillers, que le garçon n'eût pas de congestion et que mon ami fut mal noté ? Il avait eu le tort, il est vrai, de faire tout doucement remarquer à son colonel, quelques heures plus tard, que la syncope était le grand danger de la chloroformisation et que son malade y avait échappé à grand peine malgré la position très horizontale qu'on avait pris soin de lui donner. Son chef ne le lui pardonna pas. « Ils croient, ma parole, ces médecins, que personne ne connait les choses de leur sacré métier », disait-il ensuite très vexé.

Le grand abîme infranchissable qui sépare nos études, notre art, notre science, de l'art et de la science militaires, qui donne aux unes et aux autres un objectif si différent, qui fait si dissemblables leurs préoccupations de tous les jours, est la cause réelle de la suspicion où nous sommes tenus. Un tel abîme ne sera pas comblé par un an de caserne ; dix ans de sac au dos et de corvées de quartier ne suffiraient pas à le faire disparaître, quand bien même on nous réserverait, par faveur spéciale, les plus assouplissantes des

Les falsifications du lait se reconnaissent à son aspect, à son goût et à son odeur. Le bon lait est blanc-mat, parfumé, onctueux, savoureux, opaque, de réaction alcaline ou neutre. Il faut se défier du lait bleuâtre acide qui ne perle pas sur l'ongle et qui, versé goutte à goutte sur l'eau, s'y diffuse et surnage au lieu de plonger.

Le lait normal a une densité de 1031 à 1033. C'est la moyenne des évaluations données par les chimistes. Pour mesurer sa densité, on emploie des instruments fondés sur le même principe que les aéromètres. Celui dont on se sert aujourd'hui est le *lacto densimètre* de Quévenne. Il est insuffisant peur fixer la richesse d'un lait, mais il peut fournir des renseignements utiles pour l'analyse. Il n'indique pas le genre de fraude, parce que le lait peut être écrémé, mouillé ou additionné de substances étrangères qui font varier sa densité.

Le mouillage se reconnaît à la diminution des matières fines; le lait bouilli a sa saveur et a son odeur particulières L'écremage est décelé par le *crémomètre*. Dans les cas où on a ajouté au lait des fécules, l'examen microscopique rend leur découverte extrêmement facile. Quant à l'addition de sucre, de glucose, de dextrine, le polarimètre et la liqueur de Fehling offrent tous les moyens de la découvrir.

Les fraudes plus compliquées exigent des analyses qui ne peuvent se faire que dans le laboratoire, et nous avons donné déjà les raisons qui nous empêchent d'aborder ces questions d'expertise qui sont plutôt du domaine de la médecine légale que de l'hygiène. Jules ROCHARD.

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

Rapports de la dyspepsie avec la tuberculose pulmonaire

M. HAYEM : On sait depuis longtemps que les troubles de la digestion sont très fréquents chez les tuberculeux. Tantôt ils sont au début et il est difficile de constater chez

besognes, le balayage des latrines ou l'enlèvement des bailles des salles de police. On aurait bien souvent affaire à ces contempteurs de toute autorité qui, sans penser à mal, ensemenceraient, chemin faisant, quelques tubes de gélose furtivement glissés dans la poche du bourgeron, et profiteraient d'une aussi bonne aubaine pour se familiariser avec les ruses de ce protée qu'est le *bacterium coli.* C'est qu'il y a dans notre sacré métier, comme disait le colonel de mon collègue, un tas de choses qui ne s'apprennent pas en faisant *une*, *deuss*, sur le Champ-de-Mars, ou l'esplanade d'une ville de garnison, et, quoi qu'on en ait, le maniement d'armes ou l'école de bataillon ne donnent pas à ceux qui les ont pratiqués, fut-ce dendant trente ans, l'intuition de la séméiologie, de la thérapeutique, voire de l'hygiène. Or, entre nous, je ne suis pas éloigné de croire que tout ce grave malentendu vient de ce que le « commandement » tient à tout prix à faire de la médecine, tandis qu'il nous chaut très peu à nous de faire du militarisme et de jouer aux soldats. Nous avons tous lu avec le plus vif plaisir et le plus grand intérêt des récits militaires comme ceux du général Thoumas ou comme les mémoires de Marbot, sans nous croire pour cela des hommes de guerre ; et nous avons quelque peine, par suite, à admettre qu'on devienne un médecin sérieux pour avoir lu les prospectus qui entourent les flacons de certaines spécialités pharmaceutiques, depuis les capsules de Raquin ou l'in-

eux les signes de la tuberculose, tantôt cette affection est avancée et son diagnostic n'est pas douteux.

M. Hayem a réuni 32 cas de gastropathiques chez lesquels la phtisie pulmonaire était imminente. Dans 21 de ces cas, la tuberculose est restée douteuse ou peu accusée, dans 11 elle s'est affirmée par des signes de plus en plus nets. Des 21 premiers malades, 12 étaient hyperpeptiques, 8 hypopeptiques et 2 apeptiques. Des 11 malades devenus nettement tuberculeux, 3 étaient hyperpeptiques, 8 hypopeptiques et chez 4 d'entre eux l'hypopepsie allait jusqu'à l'apepsie.

En fait, la gastropathie précédant la tuberculose peut avoir une forme symptomatique quelconque, et chez les tuberculeux on rencontre des gastrites chroniques ordinaires.

M. Hayem a recueilli 48 cas de gastropathies chez des malades nettement tuberculeux ; 15 fois les malades étaient hyperpeptiques, 13 fois le type chronique était celui de l'hypopepsie, et 12 fois cette hypopepsie allait jusqu'à l'apepsie. Chez la plupart des malades les signes étaient ceux de la gastrite mixte vulgaire et les causes de la gastropathie étaient vulgaires et banales.

Les lésions sont également vulgaires, ce sont celles de la gastrite mixte, à la fois interstitielles et parenchymateuses ; quelquefois il y a une dégénérescence amyloïde avancée des vaisseaux ou des ulcérations tuberculeuses.

Cliniquement, voici ce qu'on observe : Une affection stomacale, dont la cause est inconnue, débute dans l'enfance ou au moment de l'adolescence et entretient un état de débilité générale. A un certain moment surviennent des signes de tuberculose nets ou douteux. Dès qu'on redoute la tuberculose ou qu'on la reconnaît, on institue une médication active : régime copieux, etc. Lorsque l'affection gastrique est restée méconnue jusqu'alors, ce qui est fréquent, elle se révèle et on a le syndrome gastrique initial de la phtisie décrit par M. Marfan.

En réalité, dans ce cas, l'affection gastrique n'est pas récente et il ne s'agit que de l'exaspération d'une gastropathie déjà ancienne, par suite d'un régime mal approprié et de la prescription d'aliments irritants. Il suffit d'instituer un régime convenable pour voir les accidents gastriques disparaître.

La tuberculose au début ne retentit donc pas d'une manière incidente sur l'état gas-

---

jection Brou, jusqu'au vin Duflot ou à l'élixir de Béjean.

Je pense que personne ne m'accusera de vouloir, en avançant ce qui précède, soutenir quelque paradoxe plus ou moins fou. Mais quelques-uns pourraient y voir une ombre d'exagération à l'emploi voulu et calculé de l'hyperbole. A ceux-là je dédie la délicieuse et véridique histoire que vous allez lire. Elle me fut contée par un témoin oculaire et auriculaire qui m'en a affirmé la parfaite exactitude.

Dans un hôpital important, un commandant en chef, en tournée d'inspection générale, faisait une visite des malades, accompagné d'un long cortège d'officiers et de médecins. Il commença par être peu satisfait de constater que le régiment avait subi la honte d'une invasion de gonocoques qui avait établi leurs quartiers principalement dans les épididymes des lieutenants et des sous-lieutenants. Le médecin, directeur du service de santé du corps d'armée, s'autorisant de son âge, de son grade et de sa situation personnelle très appréciée, crut pouvoir atténuer par une inoffensive plaisanterie ce que l'attitude du grand chef avait de gênant et, de son air le plus souriant : « Que voulez-vous mon général, c'est de leur âge ; ils en seront guéris avant que cela ne nous revienne ! »... Non, il faut renoncer à dire de quel regard l'inspecteur général foudroya son malhonnête subordonné ! La visite se continua presque silencieuse jusqu'à un lit

trique ; bien au contraire, elle est, de toutes les maladies graves, celle dont l'influence sur les phénomènes digestifs est la moins prononcée.

Donc, en faisant abstraction des lésions rares qui peuvent se développer dans l'estomac des tuberculeux et qui ne sont que des trouvailles d'autopsie, la gastrite des phtisiques est une gastrite mixte vulgaire, relevant des causes habituelles donnant naissance à cette affection.

Cette gastrite semble créer un terrain favorable au développement de la tuberculose, en affaiblissant la résistance de l'organisme. Elle est souvent latente, de sorte qu'elle n'a pas été diagnostiquée au moment où éclate la tuberculose. Cependant ces gastropathies, d'abord latentes, peuvent, à un certain moment, aboutir aux états dyspeptiques les plus graves, et elles peuvent aussi ouvrir la porte à plusieurs maladies graves, entre autres à la tuberculose pulmonaire.

La gastrite alcoolique ne favorise pas plus que d'autres la tuberculose pulmonaire. Elle porte ses effets uniquement sur l'estomac, mais modifie l'organisme entier.

Un des meilleurs moyens d'éviter l'apparition de la tuberculose pulmonaire chez les prédisposés, consiste à traiter la gastropathie qui la précède souvent de plusieurs années. Ce traitement peut, dans quelques cas, enrayer une tuberculose non fébrile au début.

On a réalisé un progrès considérable en introduisant certains médicaments actifs par d'autres voies que la bouche.

De l'emploi de la tuberculine comme agent révélateur de la syphilis et de la lépre

MM. Strauss et P. Tessier : La tuberculine, préparée suivant la méthode de Koch, peut servir pour le diagnostic de la syphilis. Les injections produisent une réaction fébrile marquée et dans certains cas les lésions locales présentent une congestion interne. La réaction locale est alors tout à fait comparable à celle que l'on provoque dans les cas de lupus.

Les injections n'ont rien produit chez des malades atteints de lésions cutanées diverses non syphilitiques. Elles fournissent un moyen nouveau de reconnaître la nature syphilitique de certaines affections.

M. Strauss a fait des injections de tuberculine chez un homme qui, à la suite d'un

---

où gisait un pauvre garçon perclus de rhumatismes qu'on traitait avec peu de succès depuis fort longtemps. Presque tout l'arsenal de la Thérapeutique y avait été employé, et on venait de faire au général la longue énumération de toutes ces vaines tentatives, lorsque lui : « Moi aussi, j'ai essayé tout cela autrefois et rien ne m'a jamais fait de bien qu'une espèce de poudre, qu'un de mes amis, qui s'en était bien trouvé, m'a recommandé. C'est quelque chose de blanc..... enfin..... c'est en poudre. . cela se prend dans de l'eau... comment... comment donc cela s'appelle-t-il?... Vous devez connaître ça, Docteur?... Voyons, une poudre... quelque chose pour les douleurs?... Est-ce que vous ne la connaissez pas ? » Le docteur qui avait gardé quelque rancune de l'accueil fait à ses bonnes intentions de tout-à-l'heure, eût cette réponse qui termina tout entretien : « Pardon, mon général, nous la connaissons fort bien, nous l'appelons même la poudre de Perlinpinpin. »

Dire que ce fût très correct et très révérencieux serait, sans doute dépasser les bornes de l'indulgence permise à l'esprit de corps ; mais prendre texte de boutades de ce genre pour entraver et gêner les études médicales et contrarier le fonctionnement du service de santé de l'armée, n'est-ce pas montrer trop de rancune contre ce qui n'est souvent qu'une spirituelle revanche sur des froissements pénibles et réitérés.

séjour dans les colonies asiatiques, fut atteint d'atrophie musculaire localisée à l'éminence thénar, aux interrosseux et accompagnée de sclérodermie digitale, de striures de plusieurs doigts des mains et des pieds et de dissociationde la sensibilité. Les uns portèrent le diagnostic de lèpre, les autres celui de syringomyélie. Une injection de tuberculine provoqua une réaction des plus intenses. Il s'agissait donc d'un cas de lèpre.

Des abcès tuberculeux expérimentaux du foie

M. Gilbert : Le foie des cobayes auxquels on a inoculé le bacille tuberculeux demeure généralement indemne. S'il s'altère, ce n'est que très rarement que les lésions rappellent celles qui se produisent à la suite de l'inoculation de la tuberculose humaine. Le plus souvent il ne se développe que quelques nodules fibreux, véritables tubercules de guérison, ou bien des lésions tuberculeuses ordinaires associées à des formations cirrhotiques. Parfois il y a des abcès uniques ou multiples.

Le pus est enkysté dans une membrane blanchâtre, fibreuse, et ne contient que très peu de bacilles. Chez l'homme, ainsi que Lannelongue l'a montré, on observe aussi des abcès tuberculeux dans le foie. En se basant sur ce qui se passe chez le cobaye, on est arrivé à regarder le développement de l'abcès tuberculeux comme la conséquence soit d'une résistance spéciale de l'individu, soit d'une infection par un bacille à virulence peu accentuée.

Sérothérapie dans la tuberculose

M. Bernheim a pu rendre des cobayes, des chiens, des chèvres réfractaires à la tuberculose en leur injectant des cultures de bacilles tuberculeux chauffés à 80° pendant une heure et demie, et filtrés au filtre Chamberland. Il a ensuite tenté la sérothérapie d'animaux tuberculosés à l'aide du sérum d'animaux rendus réfractaires et enfin a expérimenté sur l'homme (105 malades) ; les tuberculoses dont les lésions n'étaient pas trop accusées ont été très améliorées, en apparence même guéries ; les bacilles disparaissaient des crachats. On dut injecter tous les deux jours 5 à 10 cc. de sérum artériel d'animal devenu réfractaire dans la région interscapulaire.

Le foie capitonné tuberculeux

M. Hanot a réuni 7 observations d'une lésion cougénitale du foie, et ces 7 cas ont été recueillis chez des tuberculeux. L'organe revêt un aspect capitonné tout spécial dû à une sclérose qui occupe les grands espaces ; cette sclérose ne s'accompagne pas de lésion tuberculeuse proprement dite, mais il est probable qu'elle est causée par les toxines sécrétées par le bacille de Koch. S'il y a combinaison de la sclérose des grands espaces et de produit tuberculeux, on aura le foie capitonné tuberculeux.

M. Marcou, à l'appui des faits rapportés par M. Hanot, rappelle qu'il a pu provoquer chez des lapins la sclérose des grands espaces en leur injectant des toxines tuberculeuses. On constate le plus souvent, en même temps, la dégénérescence vitreuse des cellules hépatiques.

Traitement de la tuberculose pulmonaire des enfants, par les injections hypodermiques de gaïacol iodoformé

Au dispensaire Furtado-Heine, M. Leroux a employé ce mode de traitement sur 50 malades. Il a remarqué que si la courbe des poids monte rapidement, on peut espérer obtenir d'heureux résultats, bien que les bacilles ne disparaissent pas complètement des crachats. L'état général et local s'est amélioré dans 35 p. c. des cas, l'état local seul

dans 40 p. c. Les améliorations ont persisté de 5 mois à un an dans un tiers des cas.

La dose maxima est de 1 gramme de gaïacol et de 10 centigrammes d'iodoforme, le premier semblerait neutraliser les toxines produites par le bacille. Lorsque l'huile d'amande douce est employée comme excipient, les injections ne sont pas douloureuses.

BIBLIOTHÈQUES

Ophtalmologie. — Maladies des paupières et des membranes externes de l'œil par M. de Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Lille. 1 vol. petit in-8°. de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*. — G. Masson, 1893.

Cet Ai le-Mémoire fait partie d'une série qui comprendra toute l'Ophtalmologie, Il a trait aux maladies des paupières et des sourcils, à celles de la conjonctive, à celles de la cornée et de la sclérotique.

Sous une forme concise, l'auteur s'est attaché à traiter très complètement chacune de ces maladies. Les questions d'étiologie, de pathogénie, de traitement qui intéressent avant tout le médecin, doivent surtout attirer l'attention par la forme originale et essentiellement pratique sous laquelle elles sont présentées. Les questions didactiques ont été étudiées aussi avec le plus grand soin.

Une bibliographie très complète indique, à ceux qui voudraient faire une étude spéciale des maladies traitées dans le volume, les sources où ils pourront puiser tous les renseignements complémentaires désirables.

Thérapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin par le docteur A. Mathieu. — Paris, O. Doin, 1893.

Ce volume contient un exposé d'ensemble de la thérapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin.

Dans un chapitre préliminaire de technique séméiologique l'auteur a d'abord signalé les principales méthodes d'examen du contenu de l'estomac, des matières fécales et des urines au point de vue du diagnostic spécial des états dyspeptiques.

Dans un second chapitre, est une étude générale, forcément əsuəɯɯı, du régime dans la dyspepsie intestinale.

La partie suivante, la plus importante, est un manuel de thérapeutique générale, de thérapeutique séméiologique. La dyspepsie gastro-intestinale n'est, en somme, qu'une sorte de complexus symptomatique et son traitement devait être étudié. On trouvera juxtaposés dans leur ordre logique et naturel la définition clinique et la médication des divers états dyspeptiques de l'estomac et de l'intestin : l'hyperchlorhydrie, la dyspepsie nervo-motrice atonique, la dilatation de l'estomac, la constipation, la diarrhée, l'auto-intoxication gastro-intestinale.

Les indications fournies par les grands complexus dyspeptiques sont en réalité indépendantes de l'existence d'état anatomo-pathologique important, bien que les lésions, lorsqu'elles existent, puissent fournir, elles-mêmes, des indications particulières. On trouvera donc, dans cette partie de l'ouvrage, des renseignements applicables au traitement des maladies de l'estomac et de l'intestin prises isolément; on y trouvera toutefois plus particulièrement le traitement des formes cliniques de la dyspepsie spécifiées par la prédominance de tel ou tel élément symptomatique.

Dans une quatrième partie est exposée la thérapeutique des maladies de l'estomac et

de l'intestin. Elle est très courte, puisque le traitement de ces maladies est avant tout symptomatique et que beaucoup d'indications utiles ont été données auparavant.

FORMULAIRE PRATIQUE POUR LES MALADIES DE LA BOUCHE ET DES DENTS par G. VIAU. — Paris, Société d'édit. scientif. 1893.

Ce formulaire, bien complet, sera fort utile non seulement aux dentistes mais encore aux médecins praticiens et aux gens du monde. Les premiers y trouveront toutes les formules nécessaires pour le traitement de la carie dentaire, l'obturation des dents, etc; les seconds et les troisièmes, de bonnes formules de dentifrices qu'ils feront bien de substituer aux nombreux liquides, pas toujours inoffensifs, qui encombrent les vitrines des parfumeurs. M. Viau a consacré une partie de son livre à l'étude de l'emploi de la cocaïne dans l'anesthésie dentaire et a bien fait ressortir les dangers du médicament et ses contre-indications.

L'IDIOTIE, *hérédité et dégénérescence mentale, psychologie et éducation de l'idiot*, par le docteur J. VOISIN, médecin de la Salpêtrière (1 vol. in-12). — Félix Alcan, éditeur, 1893.

Cette étude sur l'*Idiotie* a été l'objet d'une série de leçons faite à la Salpêtrière au commencement de l'année 1893.

M. Jules Voisin prend comme point de départ les lois de l'hérédité en général et de l'hérédité morbide en particulier, ainsi que les causes de la dégénérescence mentale dont l'*Idiotie* est le dernier degré.

Choisissant ses exemples parmi les différents types d'idiots de son service, dont les photographies démonstratives sont reproduites dans ce volume, il examine leurs instincts, leurs sentiments, leurs lueurs d'intelligence et de volonté, ainsi que leurs caractères physiques. De là, il passe à l'éducation et au traitement qui doivent être appliqués à ces déshérités, pour qu'ils cessent d'être à charge à tous, et qu'ils deviennent utiles à eux-mêmes et à la société.

FORMULAIRE

PRÉPARATION D'HUILE DE FOIE DE MORUE COMPOSÉE (WEBER).

Huile de foie de morue ferrugineuse :

Chlorure ferrique sublimé . . . . 3 parties

Dissolvez à froid par trituration dans :

Huile de foie de morue . . . . 997 »

Filtrez. Le liquide renferme à peu près 1 0/00 de fer.

Huile de foie iodée :

Iode . . . . 1 »

Triturez à froid dans un mortier avec :

Chloroforme. . . . . 2 »

Huile de foie de morue. . . . . 999 »

Le goût, l'odeur et la couleur ne diffèrent pas de ceux de l'huile de foie non iodée.

Huile de foie à l'iodure ferreux :

Fer en poudre . . . . 2 parties

Iode. 4 »

Huile de foie de morue . . . . 40 »

Triturez dans un mortier en ajoutant de l'éther, jusqu'à disparition de l'iode. Diluez peu à peu le mélange au moyen d'huile de foie de morue de manière à obtenir 1000 parties. Filtrez.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Vallois est prorogé, jusqu'au 1er août 1894, dans les fonctions de chef de clinique obstétricale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Batut, chef de clinique ophtalmologique, est institué pour un an, à dater du 1er novembre 1893, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques (emploi nouveau).

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Aguilar, préposé de physique et chimie, est maintenu dans ses fonctions pour un an, à partir du 1er novembre 1893.

ECOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — M. Bolot, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé en outre, pour l'année 1893-1894, d'un cours de physiologie à ladite école.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. Ch. Debierre, de Lille, est chargé d'une mission scientifique en Italie, afin de visiter les collections anatomiques et anthropologiques de ce pays, et d'y poursuivre ses recherches de craniologie et de craniométrie.

LES CANDIDATS A L'INTERNAT ET LE SERVICE MILITAIRE. —M. L. Labbé a reçu du ministre de la guerre une lettre l'informant que les candidats à l'internat, appelés à remplir une période d'instruction de 28 jours, à partir du 5 septembre prochain, et ayant adressé par l'intermédiaire de M. le sénateur Labbé, des demandes de sursis, sont ajournés à l'année prochaine.

Avis à ceux qui sont dans le même cas et qui n'ont pas encore fait parvenir leur demande de sursis.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES. — Le congrès des médecins aliénistes a décidé, sur la proposition de M. Brissaud, qu'à l'avenir il accepterait comme membres les médecins qui s'occupent de neurologie.

Aux questions de médecine mentale sera donc jointe l'année prochaine une question de pathologie nerveuse.

Désormais le congrès s'appellera *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.*

— Le prochain Congrès des Sociétés savantes françaises s'ouvrira à Paris, à la Sorbonne, le 27 mars 1894.

— Un personnage vient d'être arrêté à New-York, où il vendait des diplômes de docteur en médecine à des prix assez doux, de 125 à 250 francs. (*Revue Scientifique.*)

— L'*Australasian medical Gazette* du 15 juin publie un article curieux sur le traitement de l'asthme par l'hypnostime. M. Creed a essayé plusieurs fois de ce procédé et avec succès. Il s'agit de cas d'asthme nerveux ou soi-disant tel, et le traitement consiste à donner au patient hypnotisé l'ordre de respirer librement. Cela est simple et réussit quelquefois. (*Revue Scientifique.*)

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Des calculs de la vessie à symptômes anormaux,

Par le docteur Bazy, chirurgien des hôpitaux

La symptômatologie des calculs vésicaux est dans la plupart des cas tellement nette, que le diagnostic s'impose et qu'on peut affirmer l'existence d'un calcul dans la vessie avant de l'avoir explorée. Bien plus, il est des cas dans lesquels le diagnostic s'impose avec tant d'évidence, qu'il n'est pas nécessaire de faire l'exploration pour être certain de la nécessité de l'exploration. Cela sera surtout vrai quand il s'agira de malades déjà atteints de calculs et qui ont été déjà opérés. Dans ces cas-là, on peut d'emblée donner le chloroforme et procéder à l'exploration, surtout si les malades sont un peu pusillanimes et craignent le passage de l'explorateur, ou s'ils ne veulent pas subir une exploration qu'ils savent inutile, puisqu'elle serait positive.

C'est ainsi que je me suis comporté l'année dernière. M. M..., rue Dumont-d'Urville, a déjà été opéré il y a 4 ans par M. Guyon. Au mois de juin, il commence à ressentir les premiers symptômes de la pierre, qu'il reconnaît bien pour les avoir déjà éprouvés. Il vient me voir avec ce diagnostic tout fait dans son esprit, car il m'aborde en me disant qu'il a la pierre ; il en a effectivement tous les symptômes ; comme je m'étonne de sa science, il me raconte qu'il l'a déjà eue et qu'il a été opéré ; qu'il reconnaît bien les symptômes qu'il a déjà ressentis une première fois ; il ajoute qu'il est tellement sûr de son fait qu'il me demande de ne pas l'explorer et de procéder à l'opération sans exploration préalable.

L'interrogatoire auquel je me livre d'une part, d'autre part la netteté des sensations que ressent le malade me font, contrairement à mon habitude, je dois le dire, passer outre, et procéder à l'opération, qui fut faite sans incident au mois d'août dernier, avec le concours du docteur Grenier. Huit jours après, il n'y paraissait plus rien, et le malade pouvait reprendre ses habitudes.

Toutes les fois, en effet, qu'un malade se présente à votre observation en vous disant que les mouvements soit spontanés, soit provoqués, déterminaient chez lui des douleurs dans la région de la vessie, à la base ou à l'extrémité de la verge, que les mouvements, les secousses un peu prolongés s'accompagnent de ces douleurs et d'envies d'uriner, et aussi d'hématurie, de la sortie d'une urine plus ou moins rouge, plus ou moins brune, que tous ces phénomènes se calment par le repos, vous pouvez être certain de l'existence d'une pierre dans la vessie.

Les malades chez lesquels le diagnostic s'impose ne souffrent pas cependant tous de la même façon ; tous les mouvements, soit spontanés, soit provoqués, ne déterminent pas toujours les symptômes de la pierre dans la vessie.

On sait que les voitures, et surtout les voitures mal suspendues, ou les

voitures marchant sur un terrain inégal, sont difficilement supportées par les porteurs de calculs : ils redoutent les cahots et surtout les cahots qui résultent de la sortie brusque des roues de la voiture hors d'une ornière, ou des rails d'un tramway, quand par hasard elles s'y sont engagées. Ils ne s'assoient pas dans la voiture carrément : ils se laissent reposer sur une fesse et s'appuient de leurs mains sur le siège de façon à reposer le moins possible sur leur séant; ils surveillent les moindres mouvements du véhicule de façon à corriger les effets du cahot.

En omnibus, ils prennent de préférence la plateforme, afin de rester debout; mais de tous les moyens de locomotion, celui qui leur convient le plus est le tramway et d'une manière générale tout ce qui roule sur rails. Aussi voyez-vous des malades qui peuvent à peine faire quelques pas sans souffrir, qui ne vont plus en voiture depuis longtemps, faire de très longs trajets en chemins de fer, 150, 200 lieues, sans en être autrement incommodés.

La marche est aussi une cause de souffrance, surtout la marche un peu précipitée; mais pour beaucoup, même ceux dont la vessie est saine, il n'est pas nécessaire que la marche soit bien longue ni bien saccadée pour déterminer les symptômes caractéristiques.

Quelques-uns, au contraire, ont besoin de faire une marche un peu longue, un peu fatigante, pour en éprouver les effets.

Les simples mouvements dans le lit, l'action d'y monter, d'en descendre, de s'y remuer, peuvent déterminer la douleur caractéristique dans le bas ventre et le canal et, chose curieuse, tel qui n'éprouve aucune sensation pénible en marchant et même en allant en voiture, sera toujours incommodé toutes les fois qu'il se mettra au lit ou qu'il s'y remuera, et, souvent dans le lit, quelques mouvements seront seuls capables de réveiller la sensation caractéristique ; de même il arrive que la voiture est très pénible à quelques-uns qui ne sont presque pas incommodés par la marche et inversement.

En même temps que la douleur, les mouvements provoqués ou spontanés déterminent de l'hématurie ; l'urine après la marche se trouve être uniformément colorée, en brun le plus souvent, quelquefois en rouge ; mais d'une manière générale, il est nécessaire que le mouvement soit un peu prolongé pour que pareil effet se produise : en d'autres termes, la douleur est plus précoce que l'hématurie. Le repos la fait disparaître presque immédiatement, du moins chez ceux qui vident leur vessie.

Je ne parle pas d'autres symptômes qu'on observe chez les calculeux vésicaux, et qui sont contingents, tels que l'arrêt brusque du jet d'urine, ou qui dépendent soit de la cystite concomitante, soit de l'hypertrophie prostatique, et qui varient alors considérablement, tant à cause des différences que peuvent présenter les altérations concomitantes que de l'impressionnabilité du sujet et de son état névropathique.

Si donc, dans l'immense majorité des cas, on peut affirmer le calcul par la constatation des symptômes que je viens d'indiquer, avant toute espèce d'exploration, dans d'autres circonstances, le calcul doit être recherché. Assurément, quelques symptômes peuvent mettre sur la voie, mais l'absence de précision, de netteté, leur variabilité, leur fugacité peuvent en imposer et faire abandonner une recherche qu'il eût été bon de poursuivre jusqu'au bout, c'est-à dire jusqu'à l'exploration.

C'est à attirer l'attention sur ces faits que je vise actuellement; je ne veux rien ajouter de nouveau à ce qui a été si bien fait depuis longtemps; je veux montrer que certains des signes caractéristiques des calculs que je viens d'énumérer peuvent, quand ils se montrent, quand ils existent même à l'état vague, peuvent et doivent constituer le fil indicateur qui mène à la vérité. C'est presque une application de cet aphorisme qui, dit-on, était cher à Nélaton : « Quand, dans une affection quelconque, on observe un symptôme anormal, pressez ce symptôme, suivez-le, c'est presque toujours lui qui vous conduira à la vérité. »

Les symptômes qui, dans les cas où je les ai vus, m'ont conduit à la vérité sont bien ceux des calculs vésicaux; mais ils étaient si atténues, se présentaient dans des conditions telles qu'on eût volontiers passé à côté.

I. J'ai opéré il y a quelques jours, à la maison de santé de la rue Oudinot, un Bourguignon de soixante-cinq ans environ, M. B. d'Autim, qui venait surtout se plaindre d'une hydrocèle assez volumineuse de la tunique vaginale. J'ai recherché la cause de cette hydrocèle et mon attention a dû nécessairement être attirée du côté de la portion rétro-membraneuse ou prostatique de l'urètre et du côté de la vessie.

Or, voici ce que j'ai appris : Les troubles vésicaux étaient nuls ou presque nuls, la marche, la voiture ne déterminaient aucun symptôme appréciable. Seule, la fatigue prolongée déterminait un accident : l'hématurie. Or, ce malade n'avait eu que trois hématuries, la première datait d'un an, les deux autres étaient apparues à trois mois d'intervalle environ et depuis six mois ce malade n'avait pas eu d'hématurie. Les troubles vésicaux étaient nuls, pas de douleurs, pas d'envies fréquentes d'uriner.

Je l'ai exploré pour découvrir la cause de cette hématurie et j'ai trouvé dans le bas-fond vésical au moins trois calculs : car j'ai eu un bruit de cliquetis très net. J'ai fait la lithotritie et ce malade est rentré quinze jours après dans son pays.

A quoi est due cette tolérance particulière de la vessie? A la situation des calculs ou à l'insensibilité particulière du sujet? Je ne saurais le dire : il faut néanmoins avoir ce fait présent à l'esprit et tenir compte de symptômes en apparence peu caractéristiques, pour ne point laisser passer un mal qui peut devenir grave; dans tous les cas, des faits de cette nature expliquent comment des malades peuvent porter longtemps dans leur vessie des calculs, sans attirer leur attention et les laisser grossir démesurément avant de consulter leur chirurgien.

Voici un autre exemple :

II. M. A., de Choisy-le-Roi, a été opéré, il y a onze ans, par M. Guyon : il vient me consulter parce que quelques jours auparavant il avait eu une hémorrhagie dans les conditions suivantes :

Il était allé se promener dans la soirée et avait marché un peu de temps : puis il rentre chez lui n'ayant rien remarqué d'anormal; il urine avant de se coucher; son urine, dit-il, était normale — que le fait soit vrai ou faux, comme il est impossible de le vérifier, nous sommes obligé de l'accepter tel qu'il est. — Il est réveillé dans la nuit par le besoin d'uriner, et il remarque avec étonnement et même une certaine frayeur que son urine est rouge et fortement teintée en rouge. Il est assez vivement impressionné pour rester couché toute la journée. L'hématurie ne se reproduit pas;

mais la nuit suivante elle reparaît. Assez fortement troublé, il attend encore deux jours et puis vient me voir. L'exploration me révèle un calcul que j'ai lithotritié à la maison de santé des Frères de Saint-Jean-de-Dieu, en août 1892; dix jours après, il rentrait chez lui.

III. L... m'est envoyé par notre respecté confrère le Dr Augouard : Il se plaint surtout de difficultés à uriner, d'envies d'uriner la nuit, et de fréquence surtout vers le matin, en somme, d'accidents faisant penser à l'hypertrophie prostatique. Ce n'est qu'en poussant plus loin l'interrogatoire que j'apprends qu'il ne peut supporter la voiture ; quant à des hématuries, il n'en a jamais eu : on a beau varier les questions, on est obligé de reconnaître que jamais l'urine n'a eu la plus petite teinte pouvant faire penser à la présence du sang.

Ce malade a été lithotritié en présence de MM. Peyrot et Augouard. sortait de l'hôpital au bout de quelques jours.

IV. M. V. m'est adressé l'année dernière par un de nos plus éminents Académiciens, dont il est le parent : il avait les symptômes caractéristiques du calcul vésical à certains moments ; mais dans d'autres moments, tous les symptômes disparaissaient, alors qu'ils auraient dû être à leur maximum. C'est ainsi que, pour ne citer qu'un exemple, un jour, il va à la chasse, à peine a-t-il fait quelques pas qu'il est obligé de s'asseoir, à son grand désespoir; il se repose un temps assez long; ne souffrant plus, il repart, et il peut faire, dit-il, plus de quatre kilomètres sans éprouver de souffrance. Quant aux hématuries, il n'en a jamais eu. Je l'explore, et comme il venait d'uriner, je juge bon d'introduire un peu d'eau boriquée dans la vessie : je ne trouve pas de pierre ; néanmoins, j'avais une arrière-pensée. Je le renvois chez lui et de là à Contrexéville dont il suit le traitement, en lui recommandant de venir me revoir pour que je l'explore de nouveau ; il supporte le traitement très bien. A son retour, je lui recommande de ne point uriner immédiatement avant ma venue ; je l'explore et je trouve facilement dans un bas-fond un peu déprimé, un calcul moyen que je broie facilement. Dix jours après, le malade quittait la maison de santé ; depuis, sa santé est parfaite.

Voilà un cas qui prouve que quand les symptômes commandent, il ne faut pas s'en tenir à une simple exploration, sous peine de méconnaître un calcul, ainsi que j'en ai cité un exemple provenant de la clientèle d'un de nos collègues que son âge devait rendre circonspect, qui avait méconnu un calcul que j'ai lithotritié plus tard, et cependant, dans ce cas-là, les symptômes étaient autrement caractéristiques et impératifs que dans ce cas-ci.

Je pourrais multiplier les exemples (1) ; ils ne feraient que se répéter ou être analogues ; leur nombre, quoique faible par rapport aux autres, je me hâte de le dire, ne ferait que montrer qu'il est plus fréquent qu'on ne pourrait le penser, de voir des calculs vésicaux qui demandent à être cherchés.

Toutes les fois qu'on trouvera parmi les symptômes vésicaux offerts par un malade, un symptôme qui peut passer pour caractéristique du calcul, il faut faire l'exploraton. Cependant il faudra se méfier quelquefois. En effet, les malades *atteints de cystite et ceux qui ne vident pas leur vessie* sont *sou-*

(1) Je viens de lithotritier le parent d'un de nos confrères des hôpitaux qui, quoique porteur d'un volumineux calcul, n'a jamais eu d'hématurie.

vent gênés par la voiture et aussi par la marche ; mais il faut alors que leur vessie soit pleine et demande à être vidée ; une fois la vessie vide, la gêne et la douleur n'existent plus. Au demeurant, il ne se passe là rien de plus anormal que ce qui s'observe chez les individus bien portants qui souffrent en voiture quand ils ont un impérieux besoin d'uriner, ou simplement quand ils marchent dans les mêmes conditions.

Le calculeux souffre ou est gêné, que sa vessie soit vide ou pleine, et il souffre toutes les fois qu'il se met en voiture ; la souffrance chez les autres n'existe pas toutes les fois que la cause qui la détermine existe, et, enfin, chez le calculeux, il y a souvent hématurie ; chez les autres l'hématurie ne se produit pas, ou s'il existe de l'hématurie elle est indépendante de la condition qui détermine la gêne ou la douleur, et elle se montre en dehors d'elle. Il faut aussi tenir compte de la coïncidence des deux ordres d'affection : le calcul vésical d'une part, la rétention ou la cystite de l'autre. C'est à distinguer les différents symptômes, à leur attribuer la valeur qu'ils doivent avoir, que devra s'exercer la sagacité du chirurgien ; il résultera de cet examen l'inutilité d'une exploration ou, au contraire, la nécessité et même l'urgence de la faire. Si cet examen est fait aseptiquement dans une vessie aseptique, et convenablement, avec méthode, avec douceur et sans brutalité, il n'aura aucun inconvénient.

Si les voies urinaires inférieures sont infectées, il ne faudra procéder à cet examen qu'avec la plus grande prudence, en prenant les précautions antiseptiques les plus minutieuses et seulement s'il y a nécessité très démontrée.

Pour résumer ces points, on peut dire que, si beaucoup de calculeux présentent un ensemble complet de symptômes qui imposent le diagnostic de calcul vésical, il en est un certain nombre chez lesquels il n'existe qu'un seul symptôme, et ce symptôme peut quelquefois être assez peu marqué pour ne point forcer l'attention. Néanmoins, il faut s'y attacher et l'étudier avec le soin dont il est digne ; souvent il conduit à la vérité.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Quelques traitements de l'érysipèle

Nos lecteurs ont vu qu'à la Société médicale des hôpitaux, M. Juhel-Renoy avait vivement recommandé l'emploi de l'ichtyol dans le traitement de l'érysipèle, suivant en cela l'usage de Nuna qui depuis plusieurs années préconise ce produit. M. Juhel-Renoy emploie la solution suivante :

Gutta-percha	àà 25 grammes
Chloroforme	
Ichtyol	35 —

La plaque d'érysipèle est circonscrite avec ce mélange sirupeux, puis, elle est enduite d'une pommade composée de parties égales de vaseline et d'ichtyol ; des onctions par cette même pommade désinfectant les narines. Sur 500 malades soumis à ce traitement M. Juhel-Renoy a obtenu 60 p. 100 de succès.

M. HALLOPEAU a fait connaître à la Société de Thérapeutique qu'il avait expérimenté ce traitement sur lui-même. L'érysipèle s'était développé à la suite d'une excoriation du nez ; il fut guéri après trois jours, moins de quarante-huit heures après le commencement de l'emploi de l'ichtyol.

Le principal inconvénient du traitement est que la peau du visage est colorée en brun, mais il n'y a qu'une douleur faible et passagère et l'innocuité de la médication est complète.

On peut expliquer l'effet du produit soit par la stricture vasculaire qu'il exerce, soit par un pouvoir réducteur, soit enfin par une action microbicide.

Pour M. C. PAUL, la plaque d'érysipèle guérit généralement en quatre jours ; il a pu abréger cette durée en employant la pommade suivante :

Vaseline blanche................	40 grammes
Sucrate de chaux................	10 —
Sublimé corrosif....	0, gr. 05 centigr.

On doit aussi, surtout dans la forme à rechute, se préoccuper de l'état général des malades et M. FERRAND, qui partage cette opinion, donne à ses malades matin et soir dix gouttes de teinture d'iode.

Bien que M. S. Labbé prétende que toute médication locale est inutile dans l'érysipèle, un grand nombre de médecins ont obtenu de bons résultats par des topiques divers.

C est ainsi que M. Talamon vante les pulvérisations éthérées du sublimé dont il a résumé le technique de la façon suivante :

Employer une solution éthérée à 4 p. 100, se servir d'un pulvérisateur à main, à jet puissant. Tenir compte, pour la durée de la pulvérisation, de la puissance du jet, de la finesse de la peau, de la profondeur de l'infiltration dermique d'après la résistance de la plaque ou sa saillie, l'absence ou la présence de bulles ; ne pas craindre la vésication de la peau, pulvériser plus largement la périphérie en empiétant sur la peau saine. Arroser les paupières supérieures, mais pulvériser largement l'espace intersourcilier et sur le rebord orbitaire supérieur et externe puis arroser le cuir chevelu. Recouvrir le visage de compresses boriquées maintenues humides.

Une ou deux pulvérisations suffisent en général, les autres doivent être plus courtes ; on se bornera à arroser les parties déjà pulvérisées et à insister sur les points de la périphérie.

Sur la nuque, le dos, le tronc, les membres, les pulvérisations doivent être plus longues que sur la face.

Il faut arroser le malade dès qu'il éprouvera de la cuisson, que la croute gonflera, qu'il se formera des cloques et des croûtes.

Celles-ci ne doivent pas être détachées avec le doigt, mais on devra attendre leur chute spontanée.

Avec des pulvérisations de simple liqueur de Van Sweiten, Colar a eu 34 succès sur 34 cas.

Wincklen à l'exemple de Lucke, badigeonne quatre ou cinq fois par jour les parties malades avec de l'essence de térébenthine rectifiée ; on recouvre ensuite de ouate qui est renouvelée à chaque badigeonnage. L'application de l'essence cause d'abord une assez vive cuison qui disparaît assez vite. Ce mode de traitement est tout indiqué chez les albuminuriques. L'essence de térébenthine agit par l'ozone et les acides qu'elle contient ; elle est réellement absorbée car les urines prennent rapidement une odeur de violette.

On emploie parfois, en Allemagne, un véritable traitement mécanique de l'érysipèle. Barwelle avait entouré les plaques de papier vernissé ce qui, d'après lui, devait arrêter

la multiplication des érysipélocoques en les privant d'oxygène. Wolfler a reconnu bientôt que le procédé agissait par la compression et a remplacé le papier vernissé par le diachylon.

Si le cuir chevelu est atteint, il faut le raser et y appliquer des bandelettes de diachylon qui couvrent les parties malades. Une deuxième bandelette peut être appliquée à quelque distance de la première.

La rougeur s'arrête au niveau de la barrière ainsi formée, il se produit un gonflement considérable et la fièvre disparaît assez rapidement ; le diachylon peut être enlevé lorsque l'apyrèxie dure depuis deux ou trois jours. D'après Wolfler, le traitement serait moins efficace pour les érysipèles des membres inférieurs, parce que les érysipélocoques peuvent passer par des voies profondes au-dessous des barrières.

A Breslau, Koloczek traite l'érysipèle chirurgical et l'érysipèle de la face, par l'application hermétique sur la région atteinte de taffetas gommé ; la feuille de taffetas doit dépasser le placard et on la recouvre d'une feuille de ouate. Le taffetas constitue un pansement occlusif imperméable adhérent très intimement à la peau ; il s'en suit que les produits de la perspiration cutanée sont intenses et comme ses produits, sont microbicides sur le streptocoque de l'érysipèle, la maladie s'arrête en 24 heures si l'on intervient dès le début. Dans les cas les moins favorables, les phénomènes généraux s'amendent rapidement et la marche envahissante est ralentie de telle façon que la guérison de l'exanthème est obtenue en 2 ou 4 jours.

Tichhorst, Kœnig, Nolée ont employé les badigeonnages avec l'acide phénique :

Acide phénique...........	2 grammes
Essence de térébenthine....	30 —

Badigeonner toutes les deux heures les parties affectées, ou encore :

Gomme arabique	92,95 parties
Acide phénique........	3,5 —

Badigeonner les parties affectées deux fois en 24 heures.

On n'oubliera pas que l'acide phénique est souvent très irritant.

Geo-C. Kingsbury emploie une solution aqueuse d'ergotine à 50 pour 100 ; il badigeonne les parties atteintes en empiétant un peu sur les parties saines. Il suffit ordinairement d'un ou deux badigeonnages pour faire disparaître la tension si pénible dont se plaint le malade. De son côté, Westerowsky préconise une mixture d'ergot de seigle et de glycérine.

G. Rothe recouvre les parties affectées d'une pommade faite de la manière suivante :

Créoline	1 gr. 50
Craie préparée	} àâ 15 gr.
Axonge	}
Essence de menthe poivrée, 39 gouttes.	

Le malade ressent une sensation de froid plutôt agréable et les résultats sont excellents aussi bien dans l'érysipèle que dans l'eczéma aigu.

Contre l'érysipèle traumatique, Cavazzani a employé des badigeonnages avec une solution de fuchsine dans l'alcool à 1 pour 100. Un ou deux badigeonnages suffisaient pour amener la guérison en moins de 36 heures.

On voit par ces quelques exemples qu'il n'est plus permis au médecin, en présence d'un érysipèle de la face, de prescrire un éméto-cathartique puis de se croiser les bras ; il est actuellement en possession de traitements locaux qui lui permettent d'abréger la durée de la maladie et nous en avons énuméré un assez grand nombre pour qu'il puisse toujours en trouver un d'applicable.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

Appareil digestif. — La langue noire

M. P. Masoin, a propos d'un cas de langue noire qu'il a eu occasion d'étudier, a tenté d'élucider la pathogénie de cette affection qui consiste, comme on le sait, en une hypertrophie épithéliale piliforme.

Cette hypertrophie épithéliale s'accompagne-t-elle de la présence d'un parasite et quel est le rôle joué par ce parasite? tels sont les points qui ont surtout été discutés.

Ici même, en 1866, Raynaud disait : « Est-ce le parasite qui provoque par sa présence la prolifération et la condensation des éléments de l'épithélium lingual? Est-ce, au contraire, l'épithélium préalablement transformé en cylindre piliforme qui offre au parasite les conditions d'habitation qui favorisent son développement? Cette seconde manière de voir me paraît la seule discutable ».

Lancereaux, Dessois, Launois ont décrit des spores diverses, des tubes sporifères que Féréol, Vidal, Mathieu n'ont pu retrouver ; pour Firket, la présence de micrococoques n'a rien d'anormal, un grand nombre de microbes s'observant constamment dans l'enduit de la langue.

Dans un cas d'Armengault, la coloration tenait au dépôt d'une matière colorante et, dans un autre de Ciaglinsky et Hewelke, un développement d'une mucorinée spéciale qu'il fut facile de faire disparaître à l'aide de gargarismes d'acide borique.

M. P. Masoin a trouvé chez un malade des colonies de micrococoques déposés en zoolées surtout autour des vieilles tiges. D'après lui, les micrococoques ou spores se colorent parfaitement par les couleurs d'aniline et n'ont pas de gaine; il est impossible de les cultiver ou de les inoculer. Il a aussi constaté que la réaction du milieu n'a pas d'influence sur l'affection et regarde l'origine parasitaire de cette dernière comme impossible à soutenir. En effet, la production épithéliale débute toujours par le centre et s'étend ensuite sur les bords, symétriquement des deux côtés en même temps; cette constance et cette régularité dans le développement ne vont guère avec l'idée d'un parasite.

Chez le sujet de M. Masoin il y avait en même temps une tendance remarquable aux hypertrophies de papilles linguales. Enfin les parasiticides les plus énergiques ne peuvent empêcher le développement de l'affection. Le sublimé, le salol, l'acide borique, etc., restent impuissants.

La matière colorante qui imprègne les cellules se distingue nettement de celle sécrétée par les microbes chromogènes et affecte au contraire les caractères de celle des tissus cornés.

Il résulterait de tout cela que l'hypertrophie épithéliale piliforme proviendrait d'un trouble trophique et qu'il faudrait, sauf des cas rares, rapporter l'affection au groupe des affections néoplasiques bénignes, et du papillôme en particulier.

Bien que le pronostic de la langue noire soit bénin d'après la plupart des auteurs, nous avons souvenance d'un cas ou un épithéliome a semblé succéder à une plaque noire ou du moins s'est produit au même niveau. Ce fait cadrerait bien avec les idées de M. Masoin sur la pathogénie de la langue noire.

La sigmoïdite

M. le Dr Mayor a observé un certain nombre de cas d'inflammation de l'S iliaque, qui produisirent un ensemble de symptômes analogues à ceux que l'on observe dans la fosse iliaque droite, consécutivement à la typhlite ou à la pérityphlite.

La sigmoïdite se produit presque toujours chez des malades habituellement constipés, Il y a alors soit irritation mécanique, soit inoculation de matières septiques.

Ou bien l'inflammation ne dépasse pas les tuniques intestinales, ou bien elle gagne les tissus environnants ; il existe donc une *sigmoïdite* et une *périsigmoïdite*, cette dernière entraînant la production d'une péritonite localisée.

La sigmoïdite simple donne naissance à une tumeur douloureuse, cylindrique et en boudin, mobile, dont l'extrémité supérieure se perd un peu au-dessus de la crête iliaque et dont l'extrémite inférieure plonge dans le petit bassin.

M. Mayor a bien établi le diagnostic différentiel de la sigmoïdite.

Le cordon sigmoïdal, que Glénard a décrit dans l'entéroptose, est régulièrement cylindrique et surtout beaucoup plus grêle et dur.

Dans l'adénite iliaque, la tumeur est franchement mate, tandis qu'il subsiste toujours une certaine sonorité dans celle dépendante de la sigmoïdite.

Dans le phlegmon iliaque, on constate aussi de la matité et, de plus, la paroi abdominale est envahie au-dessus de l'arcade pubienne.

La distension gastro-colique s'accompagne de dilatation de l'estomac, et il n'y a pas de symptômes inflammatoires.

La marche de la sigmoïdite est lente ; il y a fréquemment des crises fébriles, l'anoexie est marquée, la langue sale. Il peut se former des abcès dont la marche doit être analogue à ceux qui se produisent dans la fosse iliaque droite, consécutivement à la typhlite.

Tous les malades de M. Mayor ont guéri sons l'influence d'un traitement dont la base est le repos, l'alimentation demi-liquide ou liquide, les laxatifs, les irrigations quotidiennes de l'intestin. Localement, on peut faire des onctions d'onguent napolitain et des applications de teinture d'iode.

Un cas d'ictère infectieux à rechutes

M. M. Soupault a récemment recueilli une observation de cette forme intéressante d'ictère qui a aussi reçu le nom de Maladie de Weill. Pendant la période d'état, les symptômes sont les mêmes que ceux des autres ictères infectieux ; puis, vers le 8 ou 10e jour, se produit une détente générale. Une semaine environ après, survient une rechute et tous les accidents de la première période reparaissent ; d'autres fois, il y a seulement reprise de la fièvre sans ictère ni phénomènes généraux. Au bout d'une semaine, la température baisse le soir et la guérison se produit. Les cas de mort sont très rares.

Un certain nombre d'auteurs accordant à la rechute une grande valeur décrivent à part, dans les ictères infectieux, la maladie de Weill. Cependant, il est difficile de voir, dans l'ictère à rechute, un type bien défini, car la gravité des accidents est très variable, la rechute survient plus ou moins tard après la guérison apparente, les symptômes de la deuxième période ont une intensité très variable selon les cas...

Le spirille d'Obermeyer a été cherché sans succès. Brunowski et Dunrin ont trouvé le staphylococcus aureus, Goldshmidt a isolé un microorganisme de valeur mal déterminée. Girode a découvert une fois le bactérium coli commune et, dans un autre cas, il n'a pu mettre en évidence aucun microorganisme. M. Soupault a fait deux fois l'examen du sang chez un malade ; il a cultivé celui recueilli sur la piqûre d'un doigt et a obtenu des micrococques présentant tous les caractères du staphylococcus albus. Girode a, d'ailleurs, retrouvé tous ces microorganismes dans des cas d'ictère infectieux sans rechute.

On ne doit donc pas attribuer la maladie de Weill à un agent pathogène spécial, mais chercher la raison de la rechute dans une altération de la cellule hépatique.

L'infection est créée par un microbe quelconque et l'invasion, favorisée parfois par des

excès alcooliques, un catarrhe gastro-intestinal, etc., se fait probablement, de préférence par le système de la veine porte et par les voies biliaires. Les accidents éclatent puis l'organisme réagit et la maladie décroît. Mais la cellule hépatique n'est pas encore saine et accomplit mal ses fonctions; elle n'arrête pas non plus les substances toxiques venant de l'intestin, qui passent dans le sang et causent la rechute plus ou moins intense, selon leur virulence et le degré de l'altération cellulaire. Cette hypothèse est appuyée par ce fait que, dans les ictères infectieux en voie de guérison, les excès alcooliques peuvent entraîner le retour des accidents.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

MÉDECINE

Abcès du foie et amibes

On sait, depuis les recherches de Kartulis (d'Alexandrie), que la dysenterie des pays chauds peut être attribuée à des amibes ; les abcès du foie consécutifs doivent également être attribués à ces amibes. Les travaux de Hlava, d'Osler, de Councilman et Lafleur, de Koch, de Pfeiffer, de Kovacs, de Nasse, de Kruse et Pasquale, etc., etc., ont confirmé la découverte de Kartulis. Cependant, le rôle des amibes dans la production de la dysenterie et des abcès du foie n'est pas admis par tous les auteurs. On a incriminé, en effet, dans la pathogénie de ces affections, les micro-organismes de la suppuration et l'on a regardé les amibes comme ne jouant qu'un rôle tout à fait secondaire et accessoire. Zancarol pense que c'est à des streptocoques qu'il faut attribuer la dysenterie et les abcès du foie ; les cultures pures de ces streptocoques injectées dans l'intestin de chats leur auraient donné la dysenterie. Les staphylocoques se rencontrent beaucoup plus fréquemment encore dans les abcès du foie.

Kartulis conteste l'importance que Zancarol veut donner aux streptocoques ; ces micro-organismes sont très rarement rencontrés dans les abcès hépatiques. Quant aux staphylocoques et aux autres microbes que l'on peut y trouver, bacterium coli, bacillus fœtidus, etc., ils ne sont point la cause première de l'affection ; ils pénètrent dans le foie avec les amibes par l'intermédiaire du système porte et ne se développent pour ainsi dire que sur les lésions produites tout d'abord par celles-ci. Les lésions dysentériques de l'intestin seraient également l'œuvre des amibes.

Mais le point le moins clair de la question est le suivant : Peut-on attribuer aux amibes les abcès du foie idiopathiques, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas été précédés par de la dysenterie ? Les amibes ne peuvent pénétrer de l'intestin dans le système porte, et de là dans le foie, qu'à la faveur d'une lésion assez profonde de la paroi intestinale.

M. Allan-Macfadyen publie dans le *British medical journal* (15 juillet), un fait qui pourra servir à élucider ce point encore obscur. Il s'agit justement d'un vaste abcès du foie, non précédé de dysenterie, et survenu chez un homme venant de l'Inde ; l'abcès siégeait dans le lobe droit de l'organe ; il fut ouvert par M. Thornton, et du pus fut immédiatement recueilli pour l'examen bactériologique. On rechercha avec grand soin s'il existait des amibes et l'on n'en trouva pas ; en revanche, il y avait des staphylocoques en grand nombre, et à l'état pur.

Les cultures sur gélatine, sur pomme de terre, sur agar et enfin l'injection à des animaux démontrèrent qu'il s'agissait bien d'un staphylocoque (staphylocoque doré). M. Macfadyen ajoute que, comme il n'y avait pas eu de dysenterie antérieure, le micro-organisme n'avait pas, dans ce cas, traversé les parois intestinales pour pénétrer dans

le système porte et arriver dans le foie, mais qu'il avait très probablement envahi cet organe par les canaux biliaires, aidé peut-être dans son ascension par des altérations des parois de ces canaux. Il s'agirait donc, dans de tels cas, d'une infection hépatique par des microcoques pyogènes. C'est, d'ailleurs, à cette conclusion qu'étaient arrivés Kruse et Pasquale.

Le malade de M. Macfadyen guérit assez rapidement après l'opération.

Endocardite gonococcique.

M. Leyden a présenté à la Société de médecine de Berlin le cœur d'un individu ayant succombé, en pleine blennorrhagie, à une endocardite infectieuse avec signes d'insuffisance aortique. On sait combien sont rares les déterminations cardiaques de la blennorrhagie. Or, dans les lésions valvulaires de ce malade, M. Leyden retrouva le gonocoque avec tous ses caractères distinctifs, disposition en diplocoque, décoloration par la méthode de Gram, siège intra-cellulaire. Il s'agirait donc bien là d'un cas d'endocardite blennorrhagique vraie, et non d'un de ces cas d'endocardite secondaire produite par des staphylocoques ou des streptocoques.

Mais, d'autre part, on sait combien est encore discutée la valeur pathogénique du gonocoque de Neisser. MM. Lewin et Casper ont répondu à M. Leyden que ce que l'on sait sur le gonocoque ne permet pas d'affirmer son rôle spécifique. On a trouvé ce micro-organisme chez des enfants non atteints certainement de blennorrhagie, par exemple dans l'urèthre d'un enfant nouveau-né, dont les parents, d'ailleurs, étaient parfaitement sains.

Vulvo-vaginite des petites filles

La question de la valeur spécifique du gonocoque présente, d'autre part, un immense intérêt au point de vue médico-légal.

Nous ne voulons point rappeler les nombreux travaux parus sur la nature de la vulvo-vaginite des petites filles. Dans un récent mémoire de M. Cassel (Berlin, *Klin. Wochensch* 1893), on trouve l'analyse de 30 cas, dans lesquels l'examen bactériologique fut fait avec le plus grand soin ; 24 fois le gonocoque existait dans le pus uréthral ; chez les 6 autres malades il manquait absolument.

M. Cassel entreprit alors, sur les 24 premiers cas, une enquête qui lui révéla la source de la contagion, du moins dans 14 cas : les mères atteintes d'écoulement gonorrhéïque communiquent souvent l'affection à leurs petites filles ; une fois, la contagion s'était faite du père à la fille ; une fois enfin, une enfant de 4 ans avait été violée par son frère, âgé de 18 ans ; celui-ci était atteint de blennorrhagie.

La promiscuité dans laquelle vivent les individus de la classe pauvre, voilà donc la grande cause de la vulvo-vaginite des petites filles. C'est, d'ailleurs, à cette conclusion qu'arrivent tous les auteurs qui se sont occupés de la question ; nous ne ferons que rappeler ici l'intéressante communication de M. Comby à la Société médicale des Hôpitaux (1892).

Le traitement qu'emploie M. Cassel ne présente rien de spécial ; on peut ainsi le résumer : bains généraux et locaux, soins extrêmes de propreté, lavages et injections intra-vaginales de sublimé au 1/2000e ; les injections doivent être faites avec une petite seringue à oreilles. Au bout de deux ou trois semaines, le sublimé est remplacé par une solution de nitrate d'argent au 1/100e.

Inutile de dire que l'on devra donner à l'enfant des objets de toilette qui lui seront exclusivement destinés, serviettes, éponges, vase de nuit, etc.. et que l'on veillera très attentivement sur ses yeux.

COURRIER

Distinctions honorifiques. — A été nommé chevalier dans la Légion d'honneur : M. Demandre, médecin-major de 1re classe au 157e régiment d'infanterie.

Par arrêté ministériel, en date du 23 juillet 1893, la décoration de chevalier du Mérite agricole a été conférée à M. Barat-Dulaurier, docteur médecin à Saint-Antoine-sur-l'Isle (Gironde).

Service médical d'assistance publique. — Un concours aux emplois de médecins du traitement à domicile et du service des consultations s'ouvrira le lundi 9 octobre 1893.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 (service des Secours à domicile), de 11 heures à 4 heures.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 9 septembre 1893, à 4 heures inclusivement.

Les candidats doivent justifier qu'ils sont Français, âgés de 25 ans au moins, munis d'un diplôme de docteur d'une des Facultés de médecine de l'Etat, et prendre l'engagement de résider, aussitôt après leur institution, dans l'arrondissement où ils doivent exercer leurs fonctions ou dans un quartier limitrophe.

Il sera délivré un récépissé de la déclaration de candidature et du dépôt des diveases pièces.

Un exemplaire du règlement du concours sera remis aux candidats lors de leur inscription.

Leg du baron de Bleichrœder. — M. le baron de Bleichrœder, récémment décédé, a légué à la ville de Berlin une somme de 1 million de marks pour la construction d'un hôpital pour les malades pauvres et convalescents.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Uuedécision présidentielle du11 août fixe de la manière suivante la solde de résidence libre allouée aux officiers du corps de santé des colonies :

Médecins de 1re classe, 8,186 fr. 40; médecins en chef de 2e classe, 6,555 fr. 60; médecins principaux, 5,608 fr. 80; médecins de 1re classe, 3,488 fr. 40; médecins de 2e classe, 2,541 fr. 60.

La même décision fixe également la quotité des suppléments spéciaux aux officiers de ce corps détachés dans les ports de commerce du Havre, de Nantes, de Bordeaux et de Marseille :

Médecins en chef de 1re et de 2e classe, 1,200 francs ; médecins principaux, 900 francs; médecins de 1re et de 2e classe, 600 francs.

M. le médecin de 1re classe Laugier est dirigé sur Toulon, pour remplacer sur le *Saint-Louis*, M. Mathé, officier du même grade.

M. le médecin de 1re classe Ch. Aubry a remplacé sur le *Cyclope* M. Vergos.

Par décret du 11 août, est acceptée la démission de son grade offerte par M. E.-M. Lorieux, médecin de 2e classe du corps de santé des colonies et pays de protectorat.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Hernie crurale étranglée depuis 36 heures. — Kélotomie. — Cure radicale. — Invagination par l'anneau crural, pendant la dissection du sac, d'une partie de la portion extra-péritonéale de la vessie. — Guérison.

Par A. DEMOULIN, ancien prosecteur des hôpitaux, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris.

Dans le cours d'une cure radicale de hernie crurale étranglée chez une femme, j'ai rencontré, en cherchant à disséquer l'infundibulum pré-herniaire, un peu au-dessus du collet du sac et à la partie interne et postérieure du pédicule que je cherchais à former, un obstacle qui m'empêcha de passer le doigt. Je revins du côté externe pour décoller un peu plus le péritoine tout en exerçant des tractions, d'ailleurs modérées, sur le sac ; pendant cette manœuvre, je vis apparaître au côté interne du sac une petite tumeur dont il m'aurait été difficile d'interpréter la nature, si je ne m'étais, quelques jours auparavant, trouvé en présence d'une cystocèle inguinale extra-sacculaire. Cette tumeur était formée par la portion extra-péritonéale de la vessie, que je reconnus à l'aide de signes que je résumerai en terminant.

J'ai donc, pendant une cure radicale de hernie crurale, conduite avec toutes les précautions possibles, invaginé la vessie dans l'anneau crural et produit une cystocèle crurale extra-péritonéale. Je n'ai vu ce fait signalé nulle part, aussi ai-je cru intéressant de rapporter l'observation qu'on va lire.

La nommée B... Léonie, journalière, 52 ans, est entrée à l'hôpital de la Charité, salle Gosselin, lit n° 2, service de M. le professeur Duplay, le 23 mai 1893, pour des accidents d'étranglement herniaire.

Toujours bien portante, réglée à 14 ans et demi, mariée à 22 ans, cette femme a eu dix grossesses, quatre fausses couches. La dernière grossesse date de dix ans. La ménopause s'est faite il y a un an, sans accidents. B... a eu sept frères et sœurs, cinq sont vivants en bonne santé. L'un des frères, mort aujourd'hui, avait une hernie. (Quelle variété ?)

A son entrée à l'hôpital, la malade nous raconte qu'elle porte depuis dix mois, dans le pli de l'aine droite, une hernie de la grosseur d'un œuf de poule, diminuant de volume dans le décubitus horizontal, et par une pression légère dans la station debout. Cette hernie n'a jamais été douloureuse et la malade n'a jamais porté de bandage.

Dans la nuit du 21 au 22 mai, B... fut prise brusquement, en faisant effort pour aller à la selle, d'une douleur vive dans l'aine droite, douleur qui s'irradia promptement dans l'abdomen. Elle voulut faire rentrer sa hernie, mais ne put y parvenir. Elle resta au lit, le ventre se ballonna, il n'y eut plus d'émission de gaz par l'anus, elle fut tourmentée par des envies de vomir et 24 heures seulement après le début des accidents, des matières bilieuses en abondance furent rejetées par la bouche.

Quand je vis la malade pour la première fois, le 23 mai, à la visite du matin, je la trouvai avec le facies grippé, une température à 36° 5, un pouls petit, misérable, battant à 130, les extrémités froides. La bouche était pâteuse, son odeur fétide. Cependant il n'y avait pas eu de vomissements fécaloïdes, la cuvette que je trouvai auprès de la malade ne contenait qu'un peu de bile.

Je découvris la région herniaire et je trouvai au-dessous de l'arcade crurale droite, en dedans des vaisseaux fémoraux, une tumeur du volume d'un œuf de poule. Les téguments qui la recouvraient étaient sains et glissaient facilement sur les parties profondes. Au-dessous d'eux on sentait deux ou trois petites masses, du volume d'un gros haricot, qui donnaient, tant à cause de leur forme que de leur consistance ferme, l'idée de ganglions préherniaires. Je cherchai à pédiculiser la tumeur, mais je ne pus y parvenir à cause des douleurs que déterminait la manœuvre. La tumeur, dans son ensemble, était d'une consistance assez ferme rappelant celle des fibro-lipômes. Matité complète à la percussion.

En présence de ces symptômes, je songeai à un étranglement de l'intestin contenu dans un sac renfermant peut-être de l'épiploon, ou doublé à sa face externe par de la graisse, comme cela s'observe si fréquemment à la région crurale.

Je pratiquai immédiatement la kélotomie après avoir fait raser et aseptiser soigneusement la région.

Je fis une incision de 6 centimètres environ, perpendiculaire à l'arcade crurale, dans le grand axe de la tumeur. A peine les lèvres de l'incision étaient-elles écartées, que je tombai dans une masse ganglionnaire et graisseuse qui, après dissection de la peau, s'énucléa facilement et se présenta sous une forme absolument comparable à celle d'une petite carotte longue de 6 à 7 centimètres, dont le grand axe était à peu près parallèle à celui de la cuisse, la grosse extrémité tournée en haut, la pointe en bas et en dedans. Assez intrigué par la présence de cette tumeur, par sa forme bizarre, je cherchai à découvrir le fascia crebriformis ou ses restes, le sac; je n'y parvins pas tout d'abord. Je me décidai à entamer cette masse avec l'ongle, la fouillant pour ainsi dire, afin de reconnaître au moins le sac. Bientôt je rencontrai une petite surface d'aspect fibreux, je la saisis avec une pince à forcipressure, puis la décortiquai complètement. C'était le sac, fort épais, du volume d'une petite noix. J'enlevai complètement la masse qui le cachait, masse constituée à la fois par des ganglions, de la graisse, quelques tractus fibreux, restes du fascia crebriformis.

Je pus alors bien voir la région herniaire, reconnaître facilement le ligament de Gimbernat, qui enserrait étroitement le collet du sac. Ponction au bistouri du sac, dont les parois étaient si épaisses que je me demandai si je n'incisais pas le gros intestin ou la vessie; cette ouverture donna passage à quelques gouttes de liquide opalescent et à une fausse membrane vermiforme longue de 5 à 6 centimètres. J'agrandis la boutonnière sacculaire, je ne trouve pas d'intestin, ni d'épiploon; je cherche à introduire le doigt dans le collet, je n'y parviens pas tellement il est serré ; j'incise alors, en dehors du sac, le bord libre du ligament de Gimbernat en ayant soin de diriger la lame du bistouri en bas, en arrière et en dedans, vers le pectiné. Ce débridement fait, je puis introduire le doigt dans le collet, je me mets en devoir

de le disséquer, ce qui est facile, car il n'adhère pas au pourtour de l'anneau. En cherchant à attirer l'infundibulum pré-herniaire, je rencontre, un peu au-dessus du collet du sac et à la partie interne et postérieure du pédicule que je cherchais à former, un obstacle qui m'empêche de passer le doigt. Je reviens du côté externe pour décoller un peu plus le péritoine, tout en exerçant des tractions modérées sur le sac. Pendant cette manœuvre, je vois apparaître au côté interne du sac une petite masse qui, grosse comme une noisette, atteint bientôt le volume d'un œuf de pigeon. Elle était recouverte d'une graisse jaunâtre, d'aspect spécial, ne rappelant que de loin celui de l'épiploon. Cette graisse enlevée avec précaution, en un point limité, par le grattage avec l'ongle, laissait voir un tissu d'apparence charnue de coloration rougeâtre, rappelant l'aspect de fibres musculaires lisses. En prenant la masse entre les doigts, on voit qu'elle est constituée par deux plans épais qui glissent facilement l'un sur l'autre. Instruit par une intervention antérieure, je pensai à une hernie de la vessie, hernie faite par l'opérateur, due à la traction exercée sur le péritoine pariétal entraînant à son tour cette portion de la séreuse qui, des parois abdominales, se réfléchit sur la vessie, traction invaginant le viscère par sa portion extra-péritonéale.

Restait à vérifier cette hypothèse.

J'ai déjà signalé l'aspect spécial de la graisse qui recouvrait la tumeur graisse d'un jaune blanchâtre, formée de petits lobules du volume d'une grosse tête d'épingle, accolés les uns aux autres, assez résistants. C'était une présomption.

Saisissant entre les doigts la tumeur que je soupçonne être une partie de la vessie herniée, je fais injecter 200 grammes environ d'eau boriquée dans la vessie. La poche ne se distend pas, mais ce fait bien connu ne me fait pas abandonner mon hypothèse.

J'introduis alors le doigt du côté du pubis et je constate nettement la continuité de la masse que je tiens entre les doigts avec la vessie que je sens vide (j'en avais retiré l'eau boriquée) derrière la symphyse.

Puis nouvelle introduction de la sonde par l'urèthre. M. Bois, interne du service, qui m'assiste, la dirige dans la partie herniée, où elle arrive très facilement et où tous deux nous constatons sa présence.

Il ne saurait y avoir de doute, c'est bien une portion de la partie extra-péritonéale de la vessie qui se trouve en dedans, au-dessus, et un peu en arrière du collet du sac. En cessant les tractions sur le fond du sac, la hernie de la vessie se réduit d'elle-même. C'est donc bien l'opérateur qui l'a produite.

L'opération est vite terminée : par pédiculisation du sac avec un fil de soie rasant la vessie, section du pédicule aux ciseaux, la hernie rentre vite dans l'abdomen.

Suture des parties molles sous-cutanées par un premier plan au catgut ; je les ramasse de façon à oblitérer à peu près l'anneau crural ; mais il n'en reste guère à cause de l'ablation primitive de la grosse masse ganglionnaire et graisseuse pré-sacculaire. Aussi existe-t-il entre le premier plan de suture et celui de la peau, fait au fil d'argent, un assez large espace que je draine.

Les suites opératoires ont été des plus simples : 6 heures après l'inter-

vention, le malade rendait du gaz par l'anus; plus de vomissements, malgré l'anesthésie chloroformique.

La plaie n'a pas suppuré, mais au premier pansement, fait le troisième jour après l'opération, je constatai la présence d'un épanchement sanguin dans la cavité, résultant de l'écartement des plans superficiel et profond, qu'un bandage compressif n'avait pu rapprocher suffisamment. Sur le conseil de M. Duplay j'enlevai les fils cutanés, les caillots et laissai la plaie se guérir par seconde intention. Elle était complètement cicatrisée à la fin de juin.

La malade a quitté l'hôpital dans les premiers jours du mois de juillet.

Réflexions. — La vessie a été assez fréquemment blessée dans le cours de la Kélotomie ou de la cure radicale et Lejars (1) dans un récent et excellent mémoire pouvait réunir 20 cas de lésions de la vessie, herniée seule ou avec l'intestin, au cours de ces opérations.

C'est que la vessie est difficile à reconnaître, tout au moins la première fois qu'on la rencontre, qu'elle soit contenue dans le sac ou adossée à lui, ce dernier cas étant de beaucoup le plus commun. Aussi, depuis quelques années, d'assez nombreux auteurs ont-ils étudié à nouveau les signes qui font soupçonner avant l'opération, une cystocèle, signes parfois très nets, le plus souvent très incertains; et ceux beaucoup plus importants qui permettent de la reconnaître au cours de l'opération.

Nous citerons les mémoires de Monod et Delagénière (2), celui de Hédrich (3), l'ouvrage de Lucas-Championnière (4), la thèse de Bourbon (5), le mémoire de Lejars (6), une observation de Schoonen (7).

Je ne veux entrer ici ni dans la pathogénie, ni dans l'anatomie pathologique des hernies de la vessie. Je rappellerai seulement qu'elles doivent être divisées en deux grandes classes :

1° La hernie intra-sacculaire dans laquelle la vessie occupe la cavité même du sac herniaire, libre et recouverte de sa tunique péritonéale ;

2° La hernie extra-sacculaire, dans laquelle la vessie est au-dessous du sac, et cette dernière situation est de beaucoup la plus fréquente.

D'ordinaire, la vessie herniée est étalée sous le sac et cachée par lui ; elle lui adhère plus ou moins étroitement et c'est au moment de la cure radicale, de la dissection du sac qu'elle se révèle. (Lejars.)

Les signes qui permettent de reconnaître la hernie extra-péritonéale de la vessie au cours d'une intervention sanglante, sont :

1° La présence d'une masse graisseuse de caractères variables, située à la face interne du sac et recouvrant la vessie. (C'est un signe de présomp-

(1) Hernie inguinale simultanée de la trompe et de la vessie. — Les hernies de la trompe. — Les lésions opératoires de la vessie herniée. — La *Revue de chirurgie*, janvier, février, 1893.

(2) Monod et Delagénière. (*Rev. chir.* 1889, septembre.)

(3) Hédrich. Recherches pratiques sur le diagnostic et le traitement de la cystocèle inguinale, rencontrée au cours d'une kélotomie, par le docteur Hédrich, assistant de MM. les docteurs Bœckel. (*Gaz. med*, Strasbourg, 1890).

(4) Lucas-Championnière. Cure radicale des hernies abdominales.

(5) Bourbon. De la cystocèle inguinale rencontrée au cours de la kélotomie. Th. Paris, 1892.

(6) Lejars. Loc. cit.

(7) Schoonen. Cystocèle crurale. (*Rev. chir.*, avril 1893).

tion, mais qui d'ailleurs n'est pas constant, 7 fois il manquait sur 18 observations. (Lejars) ;

2° La possibiliié, en suivant du doigt la portion herniaire, d'arriver derrière le pubis et de reconnaître sa continuité avec la vessie. (Ceci s'applique aussi bien aux hernies intra-sacculaires qu'aux hernies extra-sacculaires) ;

3° La constatation, par le toucher, de la présence dans la cavité de la poche accolée au sac herniaire, du bec d'une sonde introduite par l'urèthre ;

4° Enfin, mais très rarement, la reconnaissance par l'opérateur, des plans musculaires lisses, qui appellent immédiatement l'attention sur la vessie.

Qu'on se reporte à notre observation et on verra que toutes les constatations indiquées plus haut, ont été faites. Ce sont elles qui m'ont permis d'affirmer que j'étais en présence de la vessie. Si je ne les avais point connues, j'aurais été fort embarrassé pour dire par quoi était formée la tumeur que je trouvais à la partie postéro interne du sac herniaire ; et, comme je n'avais point trouvé d'intestin dans ce sac, où cependant il existait de la péritonite, comme ce sac était fort épais, j'aurais probablement ouvert le pseudo second sac, pensant que là siégeait l'étranglement.

Tous les chirurgiens qui pratiquent la cure radicale des hernies sont aujourd'hui d'accord pour conseiller avec M. Lucas-Championnière, de décoller le péritoine aussi haut que possible, au-dessus du collet du sac, pour détruire l'infundibulum qui le précède. Mais ce décollement doit avoir une limite, et, comme le dit l'éminent chirurgien de Saint-Louis, page 201 de son traité : « Si la dissection préalable du sac a été bien faite, la séreuse se décolle facilement et très haut ; il faut même mettre alors une certaine discrétion à ne pas aller trop haut, car on risquerait en pénétrant dans l'abdomen, de dépasser les limites raisonnables et d'arriver sur des viscères qui doivent conserver leur séreuse. »

Or, en agissant avec de grandes précautions, j'ai tiré sur la vessie, je l'ai invaginée dans l'anneau crural, je n'avais point dépassé, je crois, les limites raisonnables. Pour expliquer ce fait, je pense que le péritoine, par son glissement pour former le sac crural, avait commencé à déplacer la vessie, que si la hernie à laquelle j'avais affaire et qui ne datait que de dix mois, avait été plus ancienne, que si elle avait par la suite acquis un volume plus considérable, la vessie aurait fait un jour partie de la tumeur herniaire ; en opérant je n'ai fait que hâter cette évolution.

Si on réfléchit à la disposition du péritoine par rapport à la vessie, à sa réflexion de la face postérieure de la paroi abdominale antérieure sur le sommet et les faces latérales de cet organe, on comprend que la traction exercée sur un sac herniaire crural, s'exerce aussi sur la vessie. J'ai voulu vérifier le fait sur un cadavre. Tout le monde sait combien il est difficile de produire des hernies sur un sujet d'amphithéâtre. Voici comment je m'y suis pris. La paroi abdominale ayant été incisée crucialement comme pour une autopsie, j'ai fait à la partie supérieure de la cuisse, un peu en dedans des vaisseaux fémoraux, une incision large d'environ 6 centimètres, perpendiculaire à l'arcade crurale, commençant à un demi centimètre du bord inférieur de cette arcade, puis j'ai découvert le ligament de Gimbernat et mis mon doigt dans l'anneau crural, j'ai détruit ensuite les différentes couches qui le ferment normalement (septum crurale, graisse sous-péritonéale) jusqu'au péritoine que j'ai saisi, par sa face externe, auec une pince à forci-

pressure, tandis que le doigt introduit dans l'abdomen, en regard de la dépression produite par la traction de la pince, cherchait à invaginer la séreuse dans l'anneau crural. Je ne pus arriver à faire un sac herniaire. Je décollai alors le péritoine de la paroi abdominale, au-dessus de l'arcade crurale, prolongeant ce décollement vers la fosse iliaque. Je finis par former, à la partie supérieure de la cuisse, un diverticulum péritonéal ayant quelque analogie avec un sac herniaire. J'essayai alors, en passant par l'anneau crural, après avoir sectionné le ligament de Gimbernat, de poursuivre ce sac improvisé du côté de l'abdomen. La vessie fut ainsi attirée vers l'anneau, la première partie qui se présenta en dedans du sac, fut la partie extra-péritonéale du bord de la vessie vide, bord adhérent à la partie interne de la face externe du sac, empêchant le décollement du péritoine à une plus grande hauteur. J'ai répété quatre fois l'expérience sur des hommes, malheureusement, n'ayant point de cadavre de femme à ma disposition. Toute imparfaite qu'elle soit, elle me semble montrer qu'il faut dans la cure radicale de la hernie curale toujours songer à la vessie quand on cherche à disséquer le côté interne du sac pour supprimer l'infundibulum.

J'avais immédiatement après l'intervention, à cause de l'épaisseur du sac, surtout de l'absence d'intestin dans sa cavité, à cause de l'invagination de la vessie pendant la dissection du péritoine, pensé qu'il s'agissait peut-être d'un diverticule de la poche urinaire; d'autant mieux que je venais de lire l'observation de Schoonen, dans laquelle une cystocéle crurale simple, non accompagnée d'intestin, avait donné lieu à tous les symptômes d'un étranglement herniaire. Mais je me rappelai vite que le doigt introduit dans le collet du sac, m'avait conduit dans l'abdomen directement en haut, et un peu en arrière et non du côté du pubis. Il n'y eut, du reste, après le réveil, aucun phénomène du côté de la vessie (pas d'hématurie, de douleurs vésicales post-opératoires) et puis l'examen du sac herniaire atteint de péritonite, pratiqué quelques jours plus tard, m'a montré qu'il ne s'agissait pas de la vessie.

Qu'il me soit permis, en terminant, de rappeler cette phrase déjà citée, du mémoire de Lejars : « *D'ordinaire, la vessie herniée est étalée sous le sac et cachée par lui, elle lui adhère plus ou moins étroitement et c'est au moment de la cure radicale, de la dissection du sac qu'elle se révèle.* »

Or, supposez une vessie entraînée par le sac herniaire vers l'orifice supérieur du canal crural, mais non encore sortie de l'abdomen, vous vous trouverez en présence d'un cas analogue au mien, et vous concluerez avec moi, qu'il faut dans la cure radicale de la hernie crurale, lorsqu'on se propose d'enlever l'infundibulum qui précède le sac, faire grande attention à la dissection de la partie interne du pédicule qu'on cherche à former; et, que si, en cet endroit, on voit apparaître à la suite des tractions exercées sur le sac une tumeur recouverte d'un peu de graisse, donnant l'idée d'un second sac herniaire, on a bien des chances pour avoir affaire à une hernie extra-sacculaire de la vessie; qu'il est prudent d'y introduire un catéther, qu'on cherchera à sentir à travers les parois de la deuxième poche qu'on a sous les yeux. Pourquoi, du reste, quand on opère une hernie inguinale, ne prendrait-on pas l'habitude de pratiquer la catethérisme de la vessie, quand après avoir découvert le sac ou l'avoir ouvert, on a sous les yeux un organe dont la reconnaissance est difficile?

REVUE DE LA PRESSE DE PROVINCE

Injections d'ergotine dans le tissu de l'utérus dans les cas de fibrôme. — M. Delore a traité, en 1875, les fibrômes utérins par des injections interstitielles d'ergotine, et il a publié des mémoires sur les résultats obtenus en 1876 et 1878.

Le but de ces publications était de mettre en faveur cette opération, et ce fut l'inverse qui se produisit. M. Delore désire réagir contre le courant de l'opinion, qui délaisse un moyen thérapeutique précieux.

En 1878, il a fait 56 injections sur 23 femmes. Voici le tableau des effets physiologiques :

Douleurs utérines avec contraction	40	fois.
— dans les reins	6	—
— dans les cuisses	2	—
— dans les jambes	2	—
Frissons	17	—
Vomissements bilieux	16	—

Il a observé aussi plus ou moins de céphalalgie, de l'assoupissement, des tremblements, etc.

Ces accidents durent de 2 à 24 heures ; ils sont quelquefois effrayants, mais seulement en apparence. M. Delore avait tellement l'habitude de les observer, qu'il ne les redoutait en aucune façon ; il serait très facile de les éviter en employant une dose moindre. L'ergotine Bonjean, étendue de deux fois son volume d'eau distillée, est celle qui a été employée de préférence à toutes les autres. La défaveur dans laquelle est tombée cette opération tient sans doute à ce que les effets physiologiques ont été trop vivement exposés, et à ce que les effets thérapeutiques ne sont pas assez prompts ni assez décisifs. En ce moment, M. Delore est, plus que jamais, partisan de l'injection interstitielle. Il a continué à la pratiquer, et, dans la plupart des cas, elle suspend la marche et les accidents des fibrômes; elle produit même une diminution notable de la tumeur.

C'est le col utérin que M. Delore choisit de préférence pour faire l'injection, qu'il pratique à l'aide d'une seringue construite sur ses indications.

Voici les raisons qui ont guidé M. Delore à préférer l'injection interstitielle : 1° l'action sur l'utérus est plus directe; il faut une dose moindre d'ergotine ; à l'intérieur, on peut aller à la dose de 4 grammes ; au contraire, l'injection interstitielle de 0 gr. 60 constitue une dose énorme; 2° les effets physiologiques sont tellement différents, qu'on peut conclure à une action thérapeutique plus efficace. (Soc. de Méd. de Lyon.)

Bactériologie de l'infection purulente. — A la Société nationale de Médecine de Lyon, M. Arlaing a fait une communication sur la bactériologie de l'infection purulente.

Ces recherches ont été faites avec la collaboration de M. Chantre. Après avoir tracé un historique soigné et précis de la question et montré qu'à l'heure actuelle les bactériologues sont très divisés sur la question du ou des microbes de l'infection purulente, M. Arlaing annonce qu'il a pu, sur un cheval mort à l'Ecole vétérinaire de pyohémie manifeste, reprendre cette étude difficile, à refaire maintenant que les salles d'hôpital ne fournissent plus d'infection purulente.

Dans cette pyohémie observée à l'Ecole vétérinaire, M. Arlaing n'a trouvé que le streptocoque. Les injections sous-cutanées du pus recueilli chez le cheval pyohémique

avaient déterminé chez le chien des abcès phlegmoneux de la plus haute intensité, avec suppuration métastatique dans les articulations. Les injections dans les veines de ce pus ou de ces cultures à la première ou à la deuxième génération ont amené la production de lymphangites diffuses, d'abcès dans les ganglions lymphatiques, dans le myocarde, le poumon, et ont donné lieu à des conjonctivites purulentes secondaires.

C'était donc bien un cas de pyohémie type, et cependant M. Arloing n'a trouvé que des streptocoques. Contrairement à ce que certains bactériologistes avaient annoncé, l'association au streptocoque d'un autre agent (staphylocoque, vibrion ou bacille) n'est donc pas nécessaire.

Quant à savoir pourquoi le steptocoque est si malin dans les cas de pyohémie et si bénin dans les cas de simple phlegmon, c'est chose bien difficile à dire actuellement. Tout ce que M. Arloing a pu constater par ses injections et ses inoculations de ce streptocoque de la pyohémie, c'est que ses effets sont à peu près identiques à ceux du streptocoque de l'infection puerpérale.

En résumé : 1° la pyohémie peut être produite par le streptocoque non associé à d'autres microbes ; 2° le streptocoque qui produit l'infection purulente paraît se modifier en revêtant la modalité qu'il affecte dans l'infection puerpérale.

Inoculation du cancer de l'homme aux animaux. — Nous avons encore à citer, parmi les communications faites à la Société nationale de médecine de Lyon, la note de M. Mayet relative à des expériences d'inoculation du cancer de l'homme aux animaux.

Ces expériences, relatives à la production expérimentale du cancer chez les animaux, par l'introduction dans leur économie de produits extraits de tumeurs cancéreuses de l'homme, ont été commencées il y a deux ans. Les expérimentateurs avaient, pour la plupart, procédé par greffes ou introduction dans le péritoine de parcelles ou fragments plus ou moins gros de tumeurs. Toutes les greffes ont échoué, sauf dans une expérience d'Auger ; mais, dans ce cas, la mort est arrivée par infection (non cancéreuse) des ganglions par la plaie. Langenbeck, Follin et Lebert, Quinquaud, ont procédé par inoculation. Tous ont échoué, sauf Langenbeck dans un cas. Cet expérimentateur a réussi à produire, chez un chien, des tumeurs disséminées, évidemment cancéreuses, du poumon. Virchow et les auteurs qui l'ont suivi ont interprété ce résultat dans le sens d'une coexistence fortuite de cancer spontané chez l'animal. En effet, tous les cas publiés ont été négatifs : soixante expériences de Jeanel, vingt de P. Bert, vingt-cinq de Cazin et Duplay semblent trancher la question dans ce sens. Cependant Langenbeck a assurément réussi à rendre cancéreux un chien avec un cancer de l'homme ; mais on peut comparer son mode expérimental à de véritables greffes internes.

M. Mayet a procédé différemment des autres expérimentateurs et a cherché à éclairer la pathogénie à un point de vue qui n'avait pas été abordé. Partant de cette idée, que le cancer était le résultat d'une dyscrasie humorale plutôt que de l'intervention d'un parasite (celui-ci n'agirait que secondairement pour favoriser l'extension de la lésion), il résolut de saturer ses sujets de sucs cancereux, après avoir, du reste, constaté l'inutilité des greffes du cancer humain aux animaux.

Les macérations aqueuses du cancer du sein ayant été sans résultats, il s'adressa au procédé d'Arsonval. Il prépara son suc cancéreux au moyen de la glycérine sous pression d'acide carbonique avec simple filtration sur un double filtre en papier, en prenant toutes les précautions pour éliminer les germes microbiens.

Les sept expériences publiées déjà ont assez prouvé l'asepticité parfaite des liquides employés.

Un seul rat sur sept animaux utilisés (un lapin et six rats blancs) a présenté au bout

de onze mois, à l'autopsie, une lésion manifestement cancéreuse; il appartient à une série de trois animaux qui ont reçu chacun, à sept reprises sous la peau, deux centimètres cubes de solution glycérinée de cancer. Un de cette série ainsi que plusieurs des autres sont morts de cachexie à marche rapide sans lésions organiques appréciables. Le dernier est une femelle qui vient de mettre bas quatre petits et qui a gardé un ventre énorme probablement distendu par de l'ascite ou des néoplasmes; l'état général paraît encore bon.

Les néoplasmes du rat cancéreux consistaient en deux îlots de tissus encéphaloïdes d'apparence, dn volume d'un gros pois chacun, faisant saillie à la surface du rein. Leur couleur d'un blanc grisâtre tranchait absolument par son aspect sur le tissus sain ou simplement sclérosé qui les entourait.

M. Mayet examine les questions suivantes :

1° Est-ce bien un néoplasme cancéreux qu'a présenté l'animal dont il s'agit ?

2° Peut-on croire que ce développement ait été fortuit ou spontané et n'ait pas été dû à l'introduction expérimentale du suc cancéreux?

3° Quelles sont les inductions qu'on peut en tirer relativement à la nature de la dyscrasie cancereuse?

A la première question les préparations répondent affirmativement; à la deuxième M. Mayet répond que l'hypothèse d'un cancer spontané est inadmissible, car celui-ci ne procède pas par deux manifestations simultanées évidemment contemporaines. Il débute d'ordinaire par une tumeur isolée qui s'accroît graduellement et est toujours plus avancée dans son développement que les tumeurs secondaires.

Enfin, comme réponse à la troisième question, M. Mayet fait remarquer que ce cas est favorable à la théorie qui attribuerait le cancer à la présence de certaines substances organiques toxiques dans le plasma. Ces corps seraient à la fois le produit et le *primum movens* de la prolifération cellulaire désordonnée qui constitue histo-physiologiquement tout cancer.

Chez les sujets atteints du cancer dit spontané, elles ne commenceraient à se former qu'après une période parfois très longue de santé apparente, en raison d'une constitution native ou héréditaire du sang, quand l'âge, le ralentissement de la nutrition normale ou, au contraire, l'exubérance des échanges, permet la déviation nutritive de certaines cellules dans des points où leur vie a déjà été bien souvent troublée par des causes occasionnelles, ou bien où leur structure est moins parfaite.

Dans les cas d'inoculation expérimentale, il faut probablement saturer l'économie de ces ferments solubles pour qu'ils provoquent la déviation cellulaire et même ils doivent pour cela provoquer dans le sang la formation de substances semblables ou analogues à eux, ce qui explique la longueur de l'inoculation.

L'altération humorale pourrait déterminer la mort par un mécanisme encore non élucidé, avant que la prolifération désordonnée dans un point de l'économie se soit réalisée. Le mode expérimental employé plaide en faveur de la théorie humorale.

Des divers procédés d'extraction des corps étrangers intra-vésicaux, par A.-G. Brisson. — Le corps étranger est récent et par suite, non incrusté : 1° S'il est souple et de moyen volume, sonde, tige de graminé bougie d'urethrotomie; employer comme moyens les plus simples, la préhension avec une pince ou avec le lithotriteur, après dilatation préalable au besoin, ou bien la duplication; 2° s'il est susceptible d'être broyé sans que les fragments puissent blesser la vessie : lithotritie ; 3° s'il est rigide et de moyenne longueur, le redresser et l'extraire soit avec un redresseur, soit plus simplement encore avec le lithotriteur à mors plats ; 4° s'il est trop dur pour être broyé, ou devient alors dangereux pour la paroi vésicale (tube de verre, morceau de bois) il faudra

employer les tailles, et ce sera de préférence chez l'homme la taille hypogastrique, chez la femme suivant les indications, la taille hypogastrique ou la taille vaginale. Si l'on remarque la date de publication des observations que l'auteur a relevée, on constate que le nombre de tailles hypogastriques relativement à la préférence des autres interventions par les voies artificielles croît constamment ; fait qui semble en attester la supériorité. Si le corps étranger est ancien et par suite recouvert de concrétions calcaires, la lithotritie est indiquée : 1° Comme opération curative quand elle peut amener le traitement du calcul et du corps étranger ; 2° Comme le premier temps d'une autre intervention préhension ou redressement, si tout en devait être extrait par les voies naturelles, le corps intravésical est trop dur pour être fragmenté ; 3° si pour cause de rigidité de volume exagéré, de fragilité ou de dureté particulières, il devient nécessaire de créer une voie artificielle, laisser de côté la lithotritie, la même opération permettant de débarrasser l'organisme à la fois du calcul et du corps étranger.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la diarrhée verte des enfants. (J. Comby.)

Quelques auteurs proscrivent la diète absolue, mais on peut se borner à couper le lait d'eau de riz, d'eau de chaux, et à donner l'eau albumineuse, qui se prépare ainsi

Blancs d'œuf.	n° 2	
Eau distillée de fleur d'oranger .	5	grammes
Eau distillée.	500	—

Délayez les blancs d'œuf dans l'eau, passez à travers un linge fin et ajoutez l'eau de fleur d'oranger.

On peut encore administrer la décoction blanche de Sydenham, dont voici la formule :

Phosphate tricalcique.	10	grammes
Mie de pain	20	—
Gomme arabique en poudre	10	—
Sucre blanc	60	—
Eau de fleur d'oranger	10	—
Eau.	1000	—

On triture toutes les substances, de façon à obtenir une poudre composée ; on fait bouillir pendant un quart d'heure dans 1100 grammes d'eau environ, on passe et on ajoute l'eau de fleur d'oranger.

L'enfant épuisé par les pertes qu'il subit accuse une soif très vive, qu'il faut satisfaire dans une juste mesure. Il faut lui donner des liquides purs et stérilisés : lait stérilisé, eau stérilisée, etc. Les vases, biberons, cuillers, tasses, seront lavés à l'eau bouillie.

Mais, en somme, il y a deux médicaments éprouvés, l'*opium* et le *bismuth*. On devra toujours commencer par là, avant d'avoir recours aux nouvelles médications.

L'opium se donnera en potion ou en lavement, sous forme de *laudanum de Sydenham*, à la dose de I, II, III, IV, V gouttes au plus, suivant l'âge (six mois, un an, dix-huit mois, deux ans, trois ans), en répartissant l'ingestion de cette dose sur toute la journée (une cuillerée à café d'heure en heure d'une potion de 60 à 80 grammes). Pour un lavement, on restera plutôt en deçà, à cause de l'impossibilité du fractionnement, et on ne

dépassera pas I ou II gouttes. L'opium se donne encore sous forme d'*élixir parégorique*, dix fois moins actif que le laudanum, à la dose de X à XX gouttes en 24 heures. Il se donne enfin sous forme de *sirop diacode*, à la dose de 2, 4, 6 grammes suivant l'âge.

Si ce traitement échoue, on essaiera l'acide lactique, l'acide chlorhydrique. Si les acides sont en défaut, on aura recours aux alcalins, eau de chaux, eau de Vichy, eau de Vals.

M. Hayem conseille, à titre de remède curatif et quasi-spécifique, l'acide lactique, qu'on peut formuler ainsi :

Acide lactique	2	grammes
Sirop de framboises	30	—
Eau distillée	100	—

Cette potion se donnera par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures, pour les enfants de trois à douze mois.

Dans les cas très graves, on aura recours au lavage de l'estomac, aux bains sinapisés, aux injections sous-cutanées d'éther, de caféine, d'eau salée. Si la diarrhée se prolonge, on insiste sur le régime lacté, sur les astringents, sur les toniques, sur l'antisepsie intestinale et les lavements astringents.

La viande crue ne sera pas oubliée, on l'assaisonnera de sucre en poudre ou de confitures pour la faire accepter. Une bonne hygiène générale, propreté absolue de l'enfant, aération, promenades, changement d'air, séjour à la campagne, une cure à Plombières, compléteront le traitement des formes chroniques et rebelles de la diarrhée infantile.

Les diarrhées chroniques des enfants arthritiques sont parfois très heureusement soignées à Bourbon-Lancy.

COURRIER

Mort du professeur Charcot. — Le professeur Charcot vient de mourir. Après Peter, Ball, c'est le professeur de clinique de la Salpêtrière qui vient d'être enlevé subitement à l'affection des siens et à la Faculté. Nous ne faisons aujourd'hui que signaler cette perte, nous proposant dans un numéro prochain de dire quel était cet homme et combien grande était son œuvre.

Mort du docteur Blanche. — C'est un autre membre de l'académie de médecine qui vient aussi de disparaître. L'affection dont tout Paris l'entourait nous fait un devoir de rappeler ses qualités, ce que nous ferons prochainement; les obsèques ont eu lieu hier à Auteuil non loin de tous ses pauvres malades dont il était tant aimé.

Transfert de la chaire de Clinique médicale de Necker a l'hopital Saint-Antoine. — La chaire de clinique médicale de Necker a vécu et cet hôpital au point de vue de l'enseignement sera désormais seulement consacré aux études chirurgicales. M. Hayem jeudi dernier, aurait obtenu du conseil de la Faculté de médecine que l'hôpital Saint-Antoine où il a son service fût doté de l'importante chaire de clinique médicale occupée tout dernièrement encore par le professeur Peter. Cela va changer un peu les habitudes des étudiants qui seront obligés de prendre une direction nouvelle.

Fermeture des pharmacies a neuf heures du soir. — Nous avons déjà annoncé ici cet événement possible qui aujourd'hui est une réalité. On peut lire, en effet, dans les pharmacies de Paris, que l'officine sera fermée à neuf heures et qu'on prie le client à partir de ce moment de tirer le cordon de la sonnette comme pour les cas urgents. Seuls,

paraîtrait-il, quelques rares pharmaciens récalcitrants n'auraient pas adopté cette mesure. Mais signalons ce fait à nos lecteurs, car la province va probablement suivre la manière de faire de la capitale. Est-ce un bien ? Nous ne le savons pas. Est-ce un mal ? Les pharmaciens nous diront plus tard si leurs recettes diminuent; mais il ne faudrait pas que sous prétexte de liberté le mouvement s'accentuât et que les élèves en pharmacie obligent leurs patrons à fermer boutique le dimanche. C'est cependant une mesure qui est dans l'air. En Belgique il y aurait eu déjà à plusieurs reprises de nombreuses réunions de syndiqués tendant à trouver le moyen de désigner par quartier une pharmacie qui ferait la garde dominicale.

Soixante-cinquième congrès de la Société des naturalistes et médecins allemands. — Le soixante-cinquième congrès de la Société des naturalistes et médecins allemands se réunira cette année à Nurenberg du 11 au 15 septembre.

Les communications annoncées sont fort nombreuses. Voici la liste des sections avec le nom de leurs présidents et secrétaires :

1° *Anatomie*, président : Emmerich; secrétaire : Leber. 2° *Physiologie*, président : Pauschinger, secrétaire : H. Koch. 3° *Pathologie générale* et *Anatomie pathologique*, président : Neukich ; secrétaire : Deuerlein. 4° *Pharmacologie*, président : Schilling ; secrétaire : S. Weiss. 5° *Pharmacie*, président : Weigle ; secrétaire : A. Weiss ; 6° *Médecine interne*, président : G. Merkel ; secrétaire : Stepp. 7° *Chirurgie*, président : Gœschel ; secrétaire : C. Koch. 8° *Accouchements* et *Gynécologie*, président : W. Merkel; secrétaire : Simon. 9° *Maladies des enfants*, président : J. Cnopf; secrétaire : R. Cnopf. 10° *Neurologie et Pyschiatrie*, président : Schuh ; secrétaire : Stein. 11° *Ophtalmologie*, président : Forster; secrétaire ; Giulini. 12° *Otologie*, président : Schubret ; secrétaire : Bauer. 13 *Laryngologie* et *Rhinologie*, président : Heller ; secrétaire : Helbing. 14° *Dermatologie* et *Syphilis*, président : Beckh ; secrétaire : Epstein. 15° *Hygiène* et *Police sanitaire*, président : Stich ; secrétaire : Goldsmidt. 16° *Médecine légale*, président : Hofman ; secrétaire : Sterheimer. 17° *Géographie médicale*, *Climatologie*, président : Beaumüller ; secrétaire : Schrenk. 18° *Médecine militaire*, présidents : Gassner et Meiller ; secrétaire : Webersberger 19° *Art dentaire*, président : Bock ; secrétaire : Limpert.

Nécrologie. — On nous annonce le décès, à Champreaux (Eure), de M. le docteur Lailler, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, ancien président de la Société de dermatologie, chevalier de la Légion d'honneur.

Il y a deux œuvres auxquelles ce médecin a plus que tout autre contribué : la création à l'hôpital Saint-Louis du superbe Musée qui en est la gloire et de l'école des enfants teigneux. Cela devra suffire pour perpétuer le souvenir de cet homme de bien.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

MORT DU PROFESSEUR CHARCOT ET DU DOCTEUR BLANCHE

Le corps médical traverse une période néfaste. Chaque mois qui s'écoule lui apporte un nouveau deuil. Cette fois la mort a fait coup double. Elle vient de nous enlever, à quelques heurs de distance, le professeur Charcot et le docteur Blanche.

Ces deux pertes sont également cruelles, bien qu'à des titres différents : les deux médecins qui viennent de disparaître laisseront un vide également profond dans les sphères spéciales où leur activité s'est développée et qui ont entre elles bien des points de contact.

Je ne songe pas à établir entre eux un parallèle. Cette forme de l'éloge si chère à nos aïeux, a l'inconvénient de comparer des personnalités et des situations tellement différentes qu'il n'y a aucune conclusion à en tirer. C'est un simple jeu de l'esprit qui a fait son temps comme les autres et qu'il faut laisser dans l'oubli.

Charcot, par lequel je vais commencer, fut une des gloires de la science française, une des personnalités les plus en vue de la Faculté de Paris à laquelle il appartenait depuis trente-trois ans, un des médecins les plus célèbres de notre époque.

Son bagage scientifique est considérable. Il a imprimé à l'anatomie pathologique du système nerveux une direction nouvelle et contribué, avec Broca, à fonder sur des bases positives, la doctrine des localisations cérébrales. En suivant la route tracée par Duchenne de Boulogne, il a reculé les frontières de la pathologie du système nerveux cérébro-spinal, complété l'étude de l'ataxie locomotrice et des autres affections de la moelle épinière. Il a fait connaître le premier les déformations articulaires tabétiques auxquelles les Anglais ont donné le nom de *Maladie de Charcot.*

Ces titres scientifiques, quelqu'imposants qu'ils soient, ne peuvent être appréciés que par des médecins. Ce n'est pas à eux que Charcot doit sa réputation européenne, si son nom a franchi les limites du monde médical, il le doit à des mérites d'un autre ordre. C'est parce qu'il a projeté la lumière de la science expérimentale dans le milieu ténébreux des phénomènes occultes, dans le monde du spiritisme et de la suggestion qui, jusqu'alors, étaient restés le domaine exclusif des charlatans et des illuminés.

C'est à la Salpêtrière, dans ses leçons du dimanche matin, qu'il abordait avec le plus d'éclat ces grands problèmes. La foule composite qui s'y pressait venait de tous les points de la France et de l'étranger, et remplissait l'amphithéâtre longtemps avant l'heure de la leçon. Les derniers venus s'entassaient dans les portes, montaient sur les bancs, grimpaient sur le dossier des chaises, en s'appuyant sur leurs voisins. C'est dans cet équilibre instable qu'il m'a été donné d'assister aux leçons du professeur et d'admirer la façon dont il s'emparait de son auditoire.

Debout sur une estrade, entouré des spécimens les plus curieux de la grande hystérie, des névropathes les plus distingués de la Salpêtrière, il expliquait, avec une autorité magistrale, les caractères fondamentaux de ces grandes névroses et faisait ressortir leur ressemblance, j'allais dire leur identité, avec les phénomènes présentés par les convulsionnaires du moyen âge, que le fanatisme et la crédulité des temps mettait sur le compte de la possession et attribuait à l'influence des démons.

Dans ces démonstrations un peu théâtrales, Charcot était véritablement remarquable. Sa tête dominatrice et sévère, son regard profond, son profil Napoléonien, ses longs cheveux rejetés en arrière avaient quelque chose d'imposant qui rappelait les grands thaumaturges des temps passés, ces êtres mystérieux qui hypnotisaient les foules.

Cet empire sur l'esprit des autres, il l'exerçait dans tous les milieux, à la Faculté de médecine où son ancienneté et sa valeur incontestée lui assuraient une légitime prépondérance, à l'Institut où il était l'arbitre de toutes les candidatures médicales, à l'Académie de médecine, enfin, dans les circonstances trop rares où il voulait bien y prendre la parole.

La renommée de Charcot l'a souvent appelé à remplir à l'étranger d'importantes missions ; la dernière est encore trop récente pour qu'on ait eu le temps de l'oublier. Sa réputation de praticien hors ligne pour les affections du système nerveux attirait chez lui des malades de toutes les contrées de l'Europe. La foule cosmopolite des névropathes, des paralytiques, des agités de tous les pays se donnait rendez-vous dans ce cabinet splendide dont les vastes proportions, l'élégance austère et le demi-jour mystérieux imposaient aux malades une respectueuse terreur.

Il possédait au plus haut point l'art de convaincre et d'inspirer la confiance. Sûr dans ses relations, habile à soutenir et à faire arriver les siens, il était de ceux qu'il est bon d'avoir pour amis et avec lesquels il est prudent de compter en toutes circonstances

Aucune situation ne semblait plus fortement assise et rien ne pouvait faire supposer qu'une existence si brillante et si bien remplie fût à la veille de s'éteindre, aussi notre étonnement a-t-il été aussi profond que douloureux, en apprenant par les journaux du matin que l'Ecole de la Salpêtrière venait de perdre son chef, qu'il était mort subitement loin de sa famille, dans le cours d'une excursion entreprise en compagnie des professeurs Strauss et Debove qui l'avaient trouvé mort, le matin, dans son lit.

Tous les médecins qui ont connu l'éminent professeur de la Faculté s'associeront comme nous à la douleur de Mme Charcot et de ses enfants.

Le docteur Blanche n'a pas fait tant de bruit dans le monde scientifique et pourtant sa notoriété comme médecin aliéniste était d'un ordre équivalent. Cette spécialité était un héritage que lui avait légué son père, en même temps que cette maison de santé d'Auteuil par laquelle ont passé, depuis quarante ans, toutes les célébrités de l'aliénation mentale, où se sont éteintes tant d'intelligences d'élite que l'excès du travail ou l'excès des plaisirs avaient conduites à la folie.

La maison d'Auteuil, si confortable et si hospitalière, était l'œuvre du docteur Blanche. Il y était vénéré et chéri comme un père par cette population d'agités qu'il savait dominer et conduire, avec la douceur et la bonté qui

formaient le fond de son caractère si sympathique et si sûr. C'était merveille de voir la facilité avec laquelle il se faisait obéir par tout ce monde de déments. Il les calmait d'un mot, les consolait avec une bonne parole ; il avait pour eux des trésors de tendresse et tout cela n'avait rien de prémédité, il ne faisait qu'obéir à sa nature. Après avoir passé sa vie dans ce milieu malsain pour l'intelligence qu'il fausse parfois, pour le cœur qu'il blase presque toujours, Blanche, à 72 ans, avait conservé toute la sensibilité de ses premières années. Il souffrait des douleurs des autres avec la même intensité qu'à vingt ans et, dans l'intimité de nos conversations, je l'ai souvent entendu déplorer le sort qui l'avait condamné à ce supplice de tous les jours pour lequel il ne se sentait pas fait.

Sa générosité et son désintéressement étaient à la hauteur de son savoir et l'amitié que je lui portais, la haute estime que m'inspiraient ses qualités morales ne doivent pas me le faire oublier. Son expérience, devant laquelle s'inclinaient ses confrères, l'avaient désigné au choix du ministère de la justice et depuis quarante ans il remplissait les fonctions d'expert près du tribunal de la Seine. C'est à lui qu'on s'adressait de préférence dans les questions si délicates et si controversées que soulève la responsabilité criminelle.

Il appartenait depuis quinze ans à l'Académie de médecine et aucun de nous n'oubliera le talent avec lequel il y exposait ses idées sur les maladies mentales.

Ses rapports sur *les Homicides accomplis par les aliénés* (1878), sur *la Folie considérée comme cause de divorce* (1884), sur *la mélancolie* (1887), resteront comme des modèles de clarté, d'érudition et d'élégance.

Blanche, dans sa robuste vieillesse, avait conservé toutes ses facultés; il continuait à diriger avec le même zèle son grand établissement d'Auteuil, lorsqu'il y a trois mois environ, il ressentit les premières atteintes du mal inexorable qui vient de l'enlever à l'affection de sa famille et de ses amis. Il laissera parmi nous le souvenir d'une belle intelligence unie à un beau caractère. C'était un grand homme de bien.

Jules ROCHARD

NOUVEAUX TRAITEMENTS DE L'ANTHRAX

Il semble qu'il n'y ait plus rien à dire sur le traitement de cette affection chirurgicale qui dans certains cas guérit sans intervention par le fer ou le feu, et qui, dans d'autres circonstances, n'est justiciable que du thermocautère porté profondément dans les parties sous la forme de rayons de roues, dépassant les limites du mal. Il est cependant rare de voir une année s'écouler sans que cette question revienne sur le terrain.

Tout dernièrement encore le docteur P. Goïlav, chirurgien des hôpitaux de Bucharest, préconisait la méthode suivante : incision cruciale des téguments et application d'acide borique cristallisé. Il n'a du reste pas la prétention d'avoir inventé ce traitement et l'avait vu employer pour la première fois par le Dr Nicolini (de Galatz).

Voilà en quoi consiste cette thérapeutique :

Après avoir bien asepsié la région malade avec de l'eau boriquée à

4 p. 100, on ouvre largement l'anthrax par une incision cruciale faite au bistouri et qui dépasse d'un centimètre au moins la zone inflammatoire en pénétrant aussi profondément que possible. Cette incision est pratiquée d'habitude sans anesthésie générale ou locale ; mais chez les malades pusillanimes, on peut recourir aux injections de cocaïne.

L'incision faite, on lave de nouveau la plaie avec de l'eau boriquée, on enlève avec la pince les tissus sphacélés qui se détachent facilement et on saupoudre abondamment les foyers ainsi ouverts et les lambeaux résultant de l'incision avec de *l'acide borique cristallisé*; on recouvre le tout d'une couche de gaze stérilisée.

Dès le premier pansement, qu'on laisse en place pendant vingt-quatre heures, les douleurs disparaissent, la température s'abaisse et l'état général s'améliore. Le lendemain on change le pansement, on lave la plaie à l'eau boriquée, on applique un pansement identique et on le laisse pendant cinq à huit jours. Lorsque, au bout de ce temps, on enlève le pansement, on trouve d'ordinaire une plaie bourgeonnante, déjà en voie de cicatrisation et sans un seul point de sphacèle.

M. Goïlav a traité avec succès de cette façon 12 cas d'anthrax compliqués ou non de glycosurie et chez presque tous les malades, l'anthrax a disparu après le troisième pansement. Rarement il a fallu en faire davantage. Le temps que ces malades ont mis pour guérir a varié entre sept et vingt jours.

Ce chirurgien estime que dans la grande majorité des cas le procédé qu'il préconise est préférable à tous les autres modes de traitement, nous sommes pour notre part convaincu de l'efficacité de l'acide borique et il y a longtemps que notre maître le professeur Duplay emploie ce topique dans le traitement des anthrax mais d'une façon différente.

Il se sert d'une solution alcoolique saturée d'acide borique avec laquelle il asperge les parties débridées et remplit les espaces qui suppurent avec du coton hydrophile trempé dans ce même topique. Un inévaporant et un bandage sont appliqués et le pansement est refait plusieurs fois par jour, nous avons été à même de vérifier les bons effets de cette méthode.

Le traitement de M. Barker (*New-York méd. journal*, juin 1893) est tout différent. C'est avec des aiguilles fines qu'il va porter le médicament au cœur même de l'anthrax et c'est le sublimé qui est le topique choisi par ce chirurgien. Voici comment il procède :

Il faut avoir une grosse seringue à injection hypodermique armée d'une aiguille fine. On la remplit d'une solution à 1 p. 500 de sublimé; on introduit l'aiguille dans une des cryptes de l'anthrax et cela aussi profondément qu'elle peut entrer sans effort. On injecte alors et on lave parfaitement la petite cavité; puis on enfonce l'aiguille dans les tissus indurés qui entourent l'anthrax et on injecte quelques gouttes de la solution. Il faut répéter cette opération jusqu'à ce que toutes les ouvertures aient été parfaitement nettoyées et que toute la périphérie ait été injectée. Sauf dans cette dernière partie, l'opération n'est pas douloureuse et le malade ressent un soulagement marqué dès le premier lavage. On panse ensuite antiseptiquement, et on agit ainsi tous les jours jusqu'à ce que l'eschare soit détachée. Barker a employé souvent cette méthode et le succès a toujours suivi son application.

HYGIÈNE

BULLETIN SANITAIRE

Le choléra suit en Italie la même marche qu'en France, et il se comporte à Naples exactement comme il l'a fait à Marseille. Voilà trois semaines qu'il y règne et il s'y maintient au même taux, sept à huit décès par jour, du moins, c'est là ce qu'accusent les statistiques officielles. Toutefois, il fait des progrès dans la province, on en signale des cas dans la région de Terra-Lavoro, au pied du Vésuve, à Torre-Annunziato, à Nôla et à Campy-Basso, il fait de nombreuses victimes. A Rome, on a constaté le décès d'une personne venant de Naples, et depuis on en a signalé quelques nouveaux cas. Il s'en est produit également dans deux petites communes de la province d'Alexandrie.

Tout cela n'est ni bien sérieux, ni bien menaçant; toutefois l'Italie a pris des mesures comme si elle se sentait sérieusement menacée. Les grandes manœuvres qui devaient avoir lieu entre Turin et Coni ont été suspendues pour des raisons sanitaires ; le congrès international et l'exposition d'hygiène qui devaient avoir lieu prochainement à Rome, ont été remis au mois d'avril 1894.

En Russie, le choléra affecte les mêmes allures. Il existe toujours à Moscou et à Saint-Pétersbourg et il vient d'apparaître à Nijni-Novogorod, à l'occasion de la grande foire qui s'y tient tous les ans. Il y a eu dans les premiers jours 258 cas dont 102 se sont terminés par la mort.

La maladie règne avec assez d'intensité à Czernavoda et à Braïla (Roumanie), depuis le 9 juillet. Le bulletin officiel, dit que du 8 au 9 août, il y a eu 54 nouveaux cas, qui joints aux 54 qui existaient déjà, en ont porté le nombre à 108.

Il y a eu 22 décès, il reste 78 malades en traitement. Trois décès cholériques ont eu lieu dans une caserne de Budapest. On en signale également en Pologne, en Galicie, en Styrie, en Podolie, en Bessarabie et les provenances de tous ces pays sont mises en quarantaine en Turquie comme en Roumanie.

L'autorité autrichienne a pris une mesure plus conforme aux principes de l'hygiène contemporaine. Après avoir constaté que plusieurs cas de choléra étaient survenus parmi les ouvriers employés à la construction du chemin de fer de la frontière galicienne, elle vient de congédier 5,000 Italiens attachés à ces chantiers, et les a renvoyés chez eux après les avoir soumis à une rigoureuse désinfection.

Il y a eu deux décès à Londres dans la première quinzaine d'août.

Une épidémie de choléra infantile règne au village de Vellongo (Portugal). Les autorités médicales de Porto ont prescrit une enquête sur l'origine et la nature de la maladie. L'Espagne continue à défendre ses frontières et les mesures qu'elle prend contre les marchandises et les voyageurs causent un grave préjudice à son commerce. Enfin, le choléra a fait son apparition à Smyrne. Le nombre des décès est considérable par rapport au chiffre des malades et les provenances de cette ville subiront une quarantaine de dix jours, dans tous les ports de la Méditerranée.

Le Conseil sanitaire du Maroc a réduit à 15 jours la quarantaine imposée aux navires ayant à leur bord des pèlerins de la Mecque. Il a élevé à 10 jours l'observation dans l'île de Mogador pour les pèlerins qui ne sont pas encore arrivés.

Le choléra, comme on le voit, se montre sous la forme de cas isolés, de petits foyers dans l'Europe tout entière; mais sur aucun point il ne prend de développement sérieux. Rien dans sa marche et ses allures ne rappelle les grandes épidémies du temps passé. C'est pourtant bien la même maladie, aussi rapide, aussi grave pour ceux qui en sont atteints, mais elle paraît avoir perdu de sa force de propagation, ou plutôt c'est le terrain qui a changé. L'invasion dernière est encore trop récente, pour qu'une grande épidémie puisse s'allumer chez nous.

Les progrès de l'assainissement dans les villes, les mesures prophylactiques mieux entendues que l'on prend aujourd'hui contribuent, vraisemblablement aussi à atténuer les ravages du fléau. Quelle qu'en soit la cause, la marche du choléra dans tous les pays où il règne et plus particulièrement en France, est de nature à nous rassurer sur les conséquences futures du pèlerinage de la Mecque, qui seraient si menaçantes en tout autre moment.

Par ailleurs, l'état sanitaire de notre pays est aussi satisfaisant que possible. A Paris, la mortalité est tombée au-dessous de la normale. Les maladies infectieuses ont repris leur niveau, sauf la variole qui continue à se maintenir à un taux un peu plus élevé que d'habitude. Elle a causé 14 décès en 15 jours au lieu de 2, qui est le chiffre moyen à cette époque de l'année, et le nombre des entrées des varioleux dans les hôpitaux a presque doublé. La fièvre typhoïde affecte aussi un degré de fréquence supérieur à la moyenne de la saison. Elle a causé 45 décès pendant la quinzaine au lieu de 32, moyenne d'août, et cela malgré la qualité irréprochable des eaux délivrées à la population. On signale aussi quelques épidémies de casernes dans les départements et notamment dans le 29e bataillon de chasseurs caserné au camp de Saint-Maur.

Le général Saussier s'y est rendu avec le docteur Bourot; ils ont visité ensuite les malades en traitement à l'hôpital de Vincennes et ils ont reconnu qu'il ne fallait pas accuser la mauvaise qualité de l'eau, mais bien l'encombrement auquel ce bataillon a été exposé, le mois dernier, pendant son séjour à Paris. Cette constatation a son intérêt, parce qu'on avait attribué les épidémies survenues dans les casernes de quelques départements au défaut de soin dans le nettoyage des filtres Chamberland.

REVUE DE L'HYGIÈNE

Immunité des indigènes de l'Algérie pour la fièvre typhoïde. — Le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, s'est réuni cette année à Besançon. Sa session vient de finir et, parmi les questions qui y ont été traitées, il en est une qui intéresse l'hygiène et que nous croyons devoir signaler.

M. Sezary, professeur à l'École de médecine d'Alger, a fait une communication sur l'immunité presqu'absolue dont jouissent les indigènes de l'Algérie pour la fièvre typhoïde. Un de ses élèves, M. Lévy-Bram, a relevé sur les registres officieux, les entrées des Européens et des Musulmans dans trois des services de l'hôpital d'Alger, depuis

1885, et il a reconnu sur un chiffre d'environ 10,000 malades, que la proportion des fièvres typhoïdes était de 17 pour 1,000 malades chez les Européens et de 1,3 pour 1,000 chez les Musulmans. La fièvre typhoïdes, ajoute M. Sezary, est exceptionnelle chez les Arabes, comme la fièvre jaune chez les noirs, comme le charbon chez les moutons d'Algérie, tandis que le typhus exanthématique est au contraire fréquent chez eux. C'est un caractère distinctif de plus entre les deux maladies.

Revaccination des employés de la Compagnie du Chemin de fer de l'Est. — Le docteur Créquy, médecin en chef de cette Compagnie, a communiqué récemment à l'Académie de médecine, le résultat des revaccinations pratiquées sur tout le personnel de la Compagnie et dont les résultats ont été excellents. C'est un exemple à suivre sur toutes les autres lignes en attendant que la loi sur l'hygiène publique que la Chambre vient de voter, rende la vaccination obligatoire, dans tout le pays (1).

Responsabiité pécuniaire des malades atteints d'affections contagieuses, envers les hôteliers. — Le tribunal civil de la Seine vient de rendre un jugement relatif a un point de jurisprudence assez délicat et qui, se rattache directement à l'exécution de la loi sur l'hygiène dont nous avons parlé dans le précédent paragraphe.

L'article 9 de ladite loi rend *la déclaration des maladies infectieuses obligatoire pour tout docteur, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence et, à défaut, par le chef de famille, maître d'hôtel ou directeur d'établissement ou par les personnes qui soignent les malades.* Or, on sait que la liste des maladies qu'on est tenu de déclarer, a été allongée comme à plaisir. On sait, d'une autre part, que les maladies réellement contagieuses exigent l'isolement du malade et la désinfection ultérieure de la chambre qu'il habite.

Dans le cas particulier dont il est question, il s'agit d'une famille qui était descendue à l'hôtel depuis huit jours, lorsqu'un des enfants fut atteint de scarlatine. Le médecin le déclara non transportable et il continua à demeurer dans sa chambre, malgré les protestations de l'hôtelier, qui voulait expulser toute la famille, pour év ter le préjudice qu'allait lui causer la présence dans sa maison d'une maladie contagieuse devant en éloigner la clientèle et pour s'épargner les frais de la désinfection du local. Les parents résistèrent et, après guérison, l'hôtelier les appela devant le Tribunal pour s'y voir condamer à lui payer une indemnité de 2,000 francs.

Le Tribunal a débouté l'hôtelier de sa demande en se basant sur ce fait que l'enfant était bien portant en arrivant chez lui, que les parents ne pouvaient pas prévoir sa maladie et que du moment où il n'était pas transportable, il était permis d'invoquer le cas de force majeure. C'est donc un point de jurisprudence qu'on peut considérer comme fixé. Il faut que la maladie se déclare pendant le séjour à l'hôtel et n'ait pas pu être prévue à l'avance, pour que le voyageur soit dispensé de payer des dommages-intérêts. Des jugements antérieurs ont, en effet, donné gain de cause à des hôteliers, lorsque les voyageurs entrés malades dans la maison, avàient fini par y mourir.

La cyphose des bicyclistes. — Dans un article précédent, nous avons parlé longuement de l'exercice du vélocipède et des inconvénients qu'on lui a reprochés (2). Il en est un que nous avons omis et sur lequel le journal anglais *The Lancet* vient d'appeler l'attention. Il était pourtant facile à prévoir. En voyant les bicyclistes se pencher, se

(1) L'article 10 de cette loi est ainsi concu :
La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie; la revaccination au cours de la onzième et de la vingt et unième année.
Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure.

(2) *Union médicale*, numéro du 4 juillet.

courber en avant comme les jockeys dans les courses plates on devait se dire que cette attitude doit à la longue déterminer uno énervation de la colonne vertébrale. C'est cette cyphose que signale le journal anglais ; elle existe à un plus ou moins haut degré chez tous les professionnels et peut se produire également chez les jeunes gens dont la croissance n'est pas terminée et qui font abus du vélocipède.

Un nouveau combustible. — Tout le monde connaît les briquettes dont on se sert pour le chauffage des machines. Il est question de les remplacer, dans la marine du moins, par des briquettes au pétrole solidifié, dont l'inventeur est un lieutenant de vaisseau.

Des essais ont été déjà faits sur des remorqueurs du commerce, et vont être repris sur des navires de l'Etat.

A poids égal, ces briquettes fournissent trois fois plus de chaleur que les autres et ne laissent pas de déchet. Ce résultat pourrait s'accroître avec une légère modification du foyer actuel en supprimant totalement la fumée (*Cosmos*, 5 août 1893, p. 4).

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Besançon.

La séance du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences s'est tenue, cette année à Besançon, sous la présidence de M. Bouchard. Dans son discours d'ouverture, le savant professeur a tracé un magistral tableau de l'état actuel de la science médicale; il a tenu à dire — sans doute pour l'édification de quelques-uns de ses élèves — que la science n'est pas une profession, et que les jeunes maîtres ont tort de chercher par leur travail une rémunération prochaine. Nous espérons, sans trop y compter que cette parole sera entendue.

La séance de Médecine a été présidée par M. Caubet, doyen de la Faculté de Médecine de Toulouse.

Elle a écouté avec intérêt une communication de M. Charrin relatant des effets du *régime lacté* chez le *lapin* ; tantôt le régime est bien supporté, tantôt, au contraire, il se produit des accidents divers. La constipation est habituelle et quelquefois la quantité des fèces évacuées est des plus minime ; l'hypothermie se produit souvent dans la période terminale et il n'y a de fièvre que dans les cas d'infections secondaires. L'amaigrissement est très considérable et s'accompagne d'atrophie des viscères, de lésions du foie et du rein, etc. Le premier de ces organes perd son pouvoir de transformer la caséine. L'albumine est tardive. La plupart de ces phénomènes se retrouvent chez l'homme à la suite d'un mauvais fonctionnement du tube digestif et se traitent, comme chez les lapins en expérience, à des degrés divers ; ils dépendent des réactions anormales qui se passent dans le tube digestif.

Peut-on espérer agir radicalement sur le *cancer de l'estomac* ? C'est l'espoir de M. Brissaud, qui a essayé dans cette maladie le chlorate de soude, plus soluble et moins toxique que le chlorate de potasse, à des doses variant de 8 à 16 grammes. Dans 5 cas, dont 3 avec tumeur épigastrique appréciable, les malades *ont semblé guéris* ; les hémorrhagies stomacales et intestinales ont cessé, l'appétit est revenu, la tumeur a disparu. M. Brissaud considère que, dans ces cas, le diagnostic était indiscutable. Les formes interstitielles, sarcomateuses, ne seraient pas améliorées et, d'autre part, la généralisation de certaines complications sont aussi la cause d'échecs. Depuis 4 ans que M. Brissaud prescrit le chlorate de soude aux malades chez lesquels il a diagnostiqué le cancer

de l'estomac, jamais il n'a vu la mort survenir par suite de cette maladie restée limitée au ventricule et non compliquée. MM. Hanot, Le Gendre, d'autres encore ont pu constater les bons effets du chlorate de soude.

Bien que M. Lépine ait fait quelques réserves sur la non-toxicité du chlorate de soude, il est évident que si M. Brissaud a su, comme il est vraisemblable, éviter toute cause d'erreur, les résultats qu'il a obtenus sont des plus encourageants. Nous ne saurions trop encourager nos confrères à essayer du chlorate de soude dans les cas de cancer de l'estomac qu'ils auront à soigner, en établissant leur diagnostic avec le plus grand soin.

C'est qu'en effet, comme on le sait du reste depuis longtemps, ce diagnostic est loin d'être toujours facile. M. Hanot a vu, dans cette maladie, l'anorexie qui est un des signes classiques, être remplacé par un appétit démesuré, ou de véritables fringales. D'autres fois, l'appétit est simplement conservé. Cette conservation de l'appétit existe surtout lorsque la tumeur occupe des régions où il n'y a pas de glandes à pepsine et que ces dernières ne sont atteintes ni d'atrophie, ni de dégénérescence granuleuse.

Dans le cancer du foie l'anorexie est certainement plus fréquente mais l'exagération de l'appétit peut aussi exister.

Il faut bien savoir que, dans certains cas, il y a un faux appétit, le malade se suggestionnant lui-même pour lutter contre l'inanition

On peut aussi admettre qu'une sensation habituelle peut persister dans les centres nerveux, même lorsque le point de départ du phénomène a disparu.

On ne peut du reste que se féliciter de voir les recherches sur le cancer se multiplier; les médecins commencent enfin à s'occuper de cette terrible affection contre laquelle le chirurgie n'est hélas que palliative. M. Fiessinger a insisté une fois de plus sur la contagion des tumeurs cancéreuses; pour lui, on le sait, la maladie est surtout fréquente le long des cours d'eau et des rivières. Ce n'est pas l'avis de M. Duplouy ni celui de M. Hallopeau et il est évident que, dans les grandes villes, par exemple, le cancer s'observe souvent en dehors des cours d'eau. D'autre part, M. Verneuil admet que la consommation de la viande de porc est une cause de cancer, tandis que M. Fiessinger lui refuse toute influence.

L'étiologie du cancer est donc encore bien discutée. Il en est du reste de même de l'étiologie des tumeurs cancéreuses et M. Cazin est venu montrer qu'il y avait, comme du reste on l'avait admis autrefois, une véritable *spécificité cellulaire dans les cancers épithéliaux*. Dans les cancers colloïdes par exemple, les cellules paraissent d'une vitalité parfaite, ont leur aspect normal et évoluent normalement; l'état colloïde ne dépend pas d'une dégénérescence mais de l'évolution d'éléments qui proviennent d'une surface ou se trouvent des cellules de tumeurs.

La nature intime du cancer, est du reste, toujours à trouver et il semble qu'il en soit de même de celles de quelques-unes des grandes diathèses. Pour M. A. Bloch par exemple, la *scrofule* dépend, d'une perversion dans le développement d'un ou plusieurs organes et relève ainsi du mécanisme de la tuberculose, de l'alcoolisme, de la syphilis des parents. En fait, c'est là une étiologie un peu vague et lorsque M. Bloch dit que la scrofule n'est ni une affection du système lymphatique, ni une altération du sang, ni un trouble de la nutrition, on est fondé à lui demander quelques éclaircissements.

Quelle qu'en soit la pathogénie, la scrofule, le lymphatisme, sont certainement aggravés par la sédentarité de la vie scolaire. Or donc, l'on vient de remettre les exercices physiques en honneur. Mais, cependant, ainsi que l'a dit M. Le Gendre, s'il faut de l'exercice, pas trop n'en faut, et actuellement, on est en train de remplacer le surmenage intellectuel par le surmenage physique. Ce dernier peut provoquer des palpitations, une dilatation aiguë des cavités cardiaques, des epistaxis, de la céphalée, de l'insomnie,

La typhlite, une cyphose cervico-dorsale sont parfois les suites de l'abus de la bicyclette. M. Bouchard partage absolument les idées de M. Le Gendre et repousse l'institution des prix de lutte ; sur sa proposition, la question du surmenage physique est mise à l'ordre du jour du prochain Congrès

Nous devons mentionner encore une communication de M. Bouchard, relative à l'influence de causes très légères sur la température dans la convalescence de certaines maladies aiguës, dans la tuberculose pulmonaire avant la période de cachexie et dans les cas analogues. Une fatigue musculaire très légère, une émotion morale suffisent à déterminer une forte élévation de la température. Il en est de même des indigestions, même sans phénomènes bien nets, ou de la simple ingestion d'aliments.

La place nous manque pour analyser en détail tous les faits intéressants qui ont été cités au Congrès. Mme Gache-Saraute a lu deux observations de ladrerie, affection pourtant très rare dans l'espèce humaine. M. Sézary a insisté sur l'immunité relative à des indigènes d'Algérie, vis-à-vis de la fièvre typhoïde, M. Hallopeau sur la nature des anthomes qui, pour lui, sont des néoplasmes de nature embryonnaire.

M. Nicaise a insisté de nouveau sur les bons effets post-opératoires des purgatifs... mais il s'agit là de chirurgie et les communications d'un haut intérêt qui ont été faites par plusieurs membres sur la pathologie externe, seront analysées ici même par une plume plus compétente que la nôtre.

COURRIER

Obsèques du professeur Charcot. — Toute la presse politique a rendu compte des obsèques du professeur Charcot et c'est moins pour renseigner nos lecteurs que pour fixer une date que nous relatons brièvement cette cérémonie où l'on sentait sur les visages de tous les assistants la perte que la France venait de faire.

C'est à dix heures, samedi 19 août 1893, que le corps de Charcot a été transporté de la Salpêtrière au cimetière Montmartre.

Suivant les vœux du défunt pas une fleur n'a touché le catafalque, pas un discours n'a été prononcé, mais les honneurs militaires ont été rendus au commandeur de la légion d'honneur.

Auprès du cercueil étaient assis les personnages chargés de tenir les cordons du poêle : MM. Joseph Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ; Brouardel, doyen de la Faculté de médecine; Cadet de Gassicourt, de l'Académie de médecine; Hanot, délégué de la Société médicale des hôpitaux; Derouin, secrétaire général de l'Assistance publique ; Galippe, délégué de la Société de biologie; Marie, délégué de la Société anatomique ; Geoffroy, représentant les élèves de Charcot ; Legendre, représentant ses amis et ses camarades ; Londe, représentant le corps des internes des hôpitaux de Paris.

Des places étaient réservées dans le chœur : à droite, pour les membres et les amis de la famille : à gauche, pour les représentants de l'Institut, de l'Académie et de la Faculté de médecine.

Le deuil était conduit par MM. Jean Charcot, le commandant Charcot, fils et frère du défunt, et Waldeck-Rousseau, gendre du défunt.

Parmi les nombreuses personnalités du monde scientifique, médical, et de l'administration, on remarquait MM. Sainsère, représentant M. le président du conseil ; Poubelle,

préfet de la Seine ; Lépine, préfet de police ; Peyron, directeur de l'assistance publique ; MM. Verneuil, Guyon, Fournier, Strauss, Sappey, Farabeuf, Cornil, Tillaux, Proust, Germain Sée, Pouchet, Bouchard, Falret, Luys, Lagneau, le baron Larrey, Faye, Lœwy, Kœnig, Gille de la Tourette, Charrin, Javal, Spuller, Dumontpallier, Chantemesse, Grandidier et une délégation de l'Association des étudiants.

Une forte pluie d'orage est venue ajouter sa note sombre à la tristesse de cette cérémonie.

Distinctions honorifiques. — Une médaille d'honneur en argent (1re classe), a été décernée à M. le docteur Nolé, directeur de l'asile d'aliénés de Saine-Catherine à Yzeure.

Hospices civils de Marseille. — Le lundi 20 novembre 1893, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

Prix Charles Boullard. — On vient de fonder un nouveau prix à l'Académie de médecine, pour les aliénistes.

Ce prix portera le nom de « prix Charles Boullard ».

Il sera décerné tous les 2 ans au médecin « qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales ».

A ce prix seront affectés les revenus d'une somme de 20,000 francs, que Mme Hédouin, veuve Boullard, lègue à l'Académie de médecine.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont chargés de cours : MM. Moussous, clinique des maladies des enfants ; Denucé, pathologie, externe ; Moure, maladies du larynx, des oreilles et du nez ; Boursier, clinique des maladies des femmes ; Pousson, clinique des maladies des voies urinaires ; Dubreuih, clinique des maladies syphilitiques et cutanées ; Denigès, chimie ; Rivière, accouchements ; Régis, maladies mentales.

Faculté de médecine de Lille. — Sont maintenus pour l'année 1893-1894, dans les fonctions de chef des travaux, agrégés dont les noms suivent : MM. Castex, physique ; Bayrac, chimie ; Bédard, physiologie.

Sont chargés de cours : MM. Carlier, médecin-opérateur ; Laguesse, histologie ; Curtis, anatomie, pathologie et pathologie générale ; Phocas, clinique, chirurgie des maladies des enfants.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont chargés de cours : MM. Beauvisage, botanique ; Pollosson, accouchements.

Un congé pour l'année scolaire 1893-1894 est accordé à M. Berne, professeur de pathologie externe.

Faculté de médecine de Montpellier. — MM. Baumel et Serre sont rappelés à l'exercice pour l'année 1893-1894.

Sont chargés de cours : MM. Gerbaud, accouchements ; Estor, pathologie, externe ; Brousse, clinique des maladies externes et syphilitiques ; Sarda, clinique des maladies des vieillards ; Ducamp, histologie ; Baumel, clinique des maladies des enfants.

Faculté de médecine de Nancy. — Sont chargés de cours : MM. Parisot, clinique des maladies des enfants ; Vautrin, clinique des maladies cutanées et syphilitiques ; Rémy, accouchements ; Langlois, clinique des maladies mentales ; Vuillemin, histoire naturelle ; M. Beaunis, professeur de physiologie, remplacé par M. René.

Sont maintenus, pour l'année scolaire 1893-1894, dans les fonctions ci-après désignées :

1° Direction du laboratoire des cliniques : M. Guérin ;

2° Chefs des travaux : MM. Voirin, chimie; Guilloz, physique ; Boyé, histoire naturelle ; Simon, histologie ; Lambert, physiologie ;

3° Préparateurs : MM. Beuvignon, cours de chimie ; Hanus, travaux pratiques, chimie ; Lehaussois, physique ; Thiry, histoire naturelle ; Aoche, physiologie expérimentale ; Pillon, hygiène ; André, thérapeutique.

Ecole de médecine de Tours. — Un concours s'ouvrira, le 11 février 1894, devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Concours de l'internat en médecine. — L'ouverture du concours de l'internat en médecine qui avait été fixée au jeudi 12 octobre, à midi, est reculée au samedi 28 octobre, à la même heure.

En conséquence, la clôture du registre d'inscription des candidats est prorogée jusqu'au lundi 13 octobre.

Un avis ultérieur indiquera également le lieu où les candidats devront se réunir pour subir la première épreuve.

Corps de santé de la marine et des colonies. — On écrit de Brest aux tablettes des *Deux-Charentes* :

« Ne serait-il pas temps de reviser le décret du 21 février 1891, qui a fixé à 51 le cadre des médecins principaux et à 173 celui des médecins de 1re classe?

« Ces chiffres furent sans doute calculés strictement d'après les besoins du moment. Or, depuis cette époque, le nombre des bâtiments armés a été augmenté; les 5e, 6e, 7e et 8e régiments d'infanterie de marine et les bataillons de Paris ont été pourvus d'un médecin principal; les cuirassés d'escadre doivent en avoir un comme médecin-major.

« Quant aux médecins de 1re classe qu'on a enlevés des cuirassés, ils ont vu créer pour eux les postes suivants :

1 à l'École du service de santé à Bordeaux ;
6 aux régiments de tirailleurs tonkinois ;
3 au régiment de tirailleurs annamites ;
1 au régiment de tirailleurs soudanais;
1 au régiment de tirailleurs sénégalais ;
1 au ponton-hôpital de Diégo-Suarez;
5 aux régiments d'infanterie de marine (1er, 2e, 3e, 4e bataillon de Paris) ;
5 aux défenses mobiles.

« Au total, et sans compter les armements nouveaux, 23 postes.

« Si l'on en retranche les 7 cuirassés d'escadre non bâtiments amiraux (de tout temps pourvus d'un médecin principal ou en chef), on trouve encore un chiffre auquel ne répond pas précisément celui de 56 médecins principaux et 180 médecins de 1re classe que l'on relève sur l'*Annuaire*.

« Le corps de santé verrait d'un très bon œil une petite promotion.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Hôpital Trousseau. — M. le docteur Richardière.

URÉMIE A FORME DÉLIRANTE CHEZ UN ENFANT.

Vous avez vu, ces jours derniers, dans la salle Archambault, un jeune garçon de 11 ans qui a présenté un exemple manifeste d'une forme d'urémie fort rare dans l'enfance. Cet enfant a été atteint d'urémie à forme délirante. J'attire votre attention sur ce fait, car, en raison de sa grande rareté dans l'enfance, le délire causé par l'urémie peut être facilement méconnu dans son origine.

Au point de vue de la pathogénie, il y a un réel intérêt à montrer que l'urémie des enfants peut se manifester par du délire et par des troubles de l'intelligence. Vous savez, en effet, que le délire, qu'on observe assez souvent dans l'urémie des adultes, a été considéré par quelques auteurs, par Lassègue, entre autres, comme indépendant de l'intoxication urémique. Il a été attribué à une intoxication surajoutée (alcoolisme, saturnisme, etc.). Chez les enfants, ces intoxications surajoutées sont très rares. Chez notre malade, elles manquaient certainement. A défaut d'autres preuves, l'observation de notre malade suffirait donc pour permettre d'affirmer que l'intoxication urémique seule, indépendante de toute complication, peut donner lieu à un véritable délire.

— Quand nous avons examiné notre petit malade pour la première fois, le délire était la manifestation capitale, essentielle, de l'intoxication urémique. L'enfant venait d'être amené à l'hôpital. Il était couché dans son lit, paraissant complètement indifférent à ce qui se passait autour de lui. Les questions que nous posâmes restèrent tout d'abord sans réponse. Puis, au bout de quelques minutes, l'enfant s'est hissé sur son lit, l'air hagard et s'est mis à crier de toutes ses forces. Ses cris, vous vous les rappelez. Ils consistaient en vociférations de mots orduriers d'une signification très précise. Les mots « m..., p..., c..., etc., etc., formaient tout son vocabulaire. L'enfant jetait ces cris, puis se recouchait. Il gardait quelque temps la tranquillité, puis se relevait bientôt pour recommencer ses vociférations.

Nul moyen de fixer l'attention de l'enfant et d'obtenir une réponse raisonnable. Toutes les tentatives faites dans ce but n'avaient pour effet que de faire redoubler ses cris.

Cette scène a duré tout le temps de notre présence. Elle s'est reproduite dans les mêmes conditions, à plusieurs reprises, pendant le temps très court que l'enfant a passé à l'hôpital.

Ce délire était, d'ailleurs, la seule manifestation importante d'un trouble du système nerveux. L'enfant n'avait pas de convulsion. La motilité et la sensibilité étaient normales. L'enfant ne pouvait nous dire s'il percevait les différentes sensations tactiles ; mais il réagissait à sa manière

contre les sensations douloureuses, en exagérant ses cris et en faisant des efforts pour se soustraire à notre examen.

L'enfant qui présentait ce délire était un garçon de 11 ans, grand pour son âge, paraissant vigoureux et bien constitué. Les renseignements donnés par les parents nous apprirent qu'il était malade depuis une douzaine de jours. La maladie avait débuté vers le 20 juillet par du mal de tête et par de la fatigue. Dès le début des accidents, les parents avaient remarqué d'eux-mêmes que la figure de l'enfant était bouffie et que les membres inférieurs étaient œdématiés.

Jusqu'alors, l'enfant avait toujours été bien portant. Sauf une rougeole à l'âge de 2 ans, il n'avait jamais fait de maladie et ne s'était jamais plaint d'un trouble quelconque de la santé.

Pendant une semaine, l'enfant n'avait présenté que les symptômes que je vous ai énumérés (mal de tête, bouffissure de la face, œdème des jambes, courbature générale), lorsque vers le huitième jour la scène changea brusquement d'aspect : l'enfant, nous dirent les parents, sembla perdre la tête tout d'un coup. La tranquillité ordinaire fit place à l'agitation. D'un caractère doux à l'état normal, le petit malade devint subitement d'une violence extrême et se mit à invectiver ses parents et son entourage. Très rapidement enfin, il présente l'état dans lequel nous le trouvons à son entrée à l'hôpital. Remarquez que le délire a toujours été de même nature. Les parents sont très affirmatifs pour nous dire que l'enfant était agité et que par intervalles fréquents on l'entendait pousser des cris et prononcer des paroles ordurières. Pas plus chez les parents qu'à l'hôpital, il ne semble qu'il y ait eu d'idées délirantes à caractère fixe, ni de délire hallucinatoire.

Justement effrayés par l'état de leur enfant, les parents firent venir un médecin, qui examina les urines, reconnut la présence de l'albumine et conseilla l'envoi à l'hôpital.

Les renseignements donnés par les parents étaient en parfait accord avec les symptômes présentés par l'enfant. En effet, les paupières étaient encore légèrement bouffies, et on constatait au niveau des chevilles un œdème nettement appréciable. Le tissu cellulaire des cuisses et de la paroi abdominale était aussi légèrement infiltré par de la sérosité.

Les urines extraites par le cathétérisme étaient pâles, analogues comme couleur et comme aspect aux urines de la néphrite interstitielle. L'ébullition déterminait la formation d'un précipité albumineux non soluble dans les acides. Le précipité était, d'ailleurs, fort peu épais et correspondait à une faible quantité d'albumine.

Pour terminer ce qui concerne l'examen de l'enfant, j'ajoute que la température était de 37.2. Je vous rappelle encore que le cœur semblait volumineux. La pointe de l'organe battait à 3 travers de doigt au-dessous du mamelon. Les bruits étaient forts, avec un éclat métallique. Il n'y avait cependant ni souffle, ni bruit de galop.

Enfin, symptôme rare dans l'urémie, les pupilles étaient extrêmement dilatées.

L'ensemble de ces symptômes était assez significatif pour que le diagnostic ne fût pas douteux. Il s'agissait de délire urémique chez un enfant atteint de néphrite.

Je dis, à dessein, *néphrite*, sans ajouter de qualificatif. Car, si l'altération

rénale était évidente, sa cause et sa natrue étaient fort difficiles à déterminer. Il ne s'agissait certainement pas de la variété de néphrite la plus commune dans l'enfance, de la néphrite scarlatineuse. L'enfant n'avait pas eu de maladie antérieure rappelant la scarlatine. Il n'avait eu ni angine ni éruption. Il n'était pas possible de trouver trace de desquamation.

De plus, la néphrite scarlatineuse est une néphrite avec symptômes de néphrite épithéliale (œdème marqué souvent généralisé, urines rares et souvent sanguinolentes, albuminurie le plus souvent considérable); Or, notre malade avait plutôt des symptômes de néphrite interstitielle (urines claires et pâles, avec précipité albumineux peu marqué, œdème léger et disséminé, cœur volumineux). Chez l'adulte, on n'eût pas hésité à porter le diagnostic de néphrite interstitielle. Dans l'enfance, ce diagnostic ne doit être admis qu'avec réserve, car cette forme de néphrite est d'une rareté extrême et ne se voit le plus souvent qu'en rapport avec l'aplasie artérie lle, si bien étudié e par Lancereaux et par son élève Besançon.

Quelle que fût la cause de la néphrite, l'urémie dominait la situation et en faisait toute la gravité. Aussi le traitement fut-il dirigé contre ce syndrome. Vous savez qu'il a consisté en ventouses scarifiées sur la région lombaire, lavements purgatifs et régime lacté absolu.

Ce traitement n'eut malheureusement pas le temps d'agir. Institué trop tardivement, il ne put empêcher les accidents d'évoluer avec une rapidité foudroyante.

Notre premier examen avait eu lieu le matin. Pendant toute la journée, l'enfant resta dans une demi-somnolence, fréquemment interrompue par de l'agitation et par des cris.

Pendant la nuit, la scène se modifia. Les cris, les vociférations cessèrent. Le délire fut remplacé par des convulsions des muscles de la face, des yeux et des membres supérieurs. Les convulsions d'abord espacées se rapprochèrent bientôt. L'enfant mourut à 4 heures du matin dans une crise convulsive.

Vous savez, Messieurs, que l'opposition énergique des parents nous a empêché de pratiquer l'autopsie.

REVUE

—

Le diabète expérimental

Ce n'est que dans ces dernières années que l'on est parvenu à produire expérimentalement le diabète.

Jusqu'à Von Mering et Minkowsky, les physiologistes n'étaient arrivés à donner naissance qu'à des glycosuries plus ou moins passagères, et c'est l'extirpation du pancréas qui a, pour la première fois, rendu un animal diabétique.

Cependant, avant de résumer les nombreux travaux auxquels a donné lieu le diabète pancréatique expérimental, nous dirons quelques mots de la glycosurie résultant de l'administration de la phloridzine, glycosurie qui se rapproche par certains points du véritable diabète.

I

La phloridzine est un glucoside qui se trouve dans l'écorce de plusieurs arbres fruitiers, pommier, cerisier, etc. Elle se présente sous la forme de cristaux très facilement solubles dans l'eau chaude et en s'hydratant, se dédouble en phlorétine et en phlorose. Cette dernière substance a la même formule que le sucre de raisin et une grande partie de ses propriétés. Elle réduit la liqueur cupro-potassique.

En donnant à des chiens 1 gr. de phloridzine par kilogr. Von Mering a provoqué chez ces animaux, en moyenne trois heures après l'administration du glycoside, une glycosurie qui durait à peu près trente-six heures, mais quelquefois se prolongeait 2 ou 3 jours. Tant que l'on donne la phloridzime, la glycosurie continue ; elle cesse dès qu'on suspend l'administration de la drogue. Cette dernière rend l'animal glycosurique, même quand il est à jeun depuis plusieurs jours, c'est-à-dire quand il n'y a plus trace de glycogène dans le corps. De même les symptômes se produisent quelle que soit l'alimentation. Malgré cela, il y a d'autant plus de sucre dans les urines, que l'alimentation est plus riche en hydrates de carbone et en viandes. En cas de fièvre, l'urine renferme plus d'albumine que de sucre. L'injection de graisses n'augmente pas le sucre et la quantité de l'urine n'est pas accrue.

Si l'alimentation de l'animal est suffisante, si on fournit à la polyphagie qui se montre dans la plupart des cas, il n'y a pas de phénomènes graves, bien que la polydipsie puisse aussi se produire.

Mais si on nourrit incomplètement le chien en expérience, il peut survenir, surtout si l'alimentation ne renferme pas d'hydrocarbures, des accidents rappelant ceux du coma diabétique et l'urine renferme de l'acétone et de l'acide oxybutyrique.

Un fait remarquable est que le diabète phloridzique ne se produit pas chez tous les animaux ; il est impossible de le provoquer chez la grenouille ou le canard et il est insignifiant chez la poule et le lapin.

L'homme est capable de présenter le diabète phloridzique et Von Mering l'a étudié sur lui-même.

Un des points qui éloignent le plus la glycosurie causée par la phloridzine du diabète naturel, est celui-ci : le sucre n'est pas augmenté dans le sang et il y a glycosurie sans glycémie.

Le mécanisme de la glycosurie dans cette intoxication a été très discuté. Elle ne se produit pas avec d'autres glycosides non toxiques, tels que la salicine, la fraxine, etc. (Germain Sée et Gley) et on ne peut pas non plus la provoquer en faisant absorber les produits de dédoublement de la phloridzine. Il y aurait formation de sucre aux dépens de l'organisme, et plus spécialement aux dépens des albuminoïdes, d'après les expériences de Mering et de Pfluger, et sous l'influence de la drogue, ce sucre ne serait pas utilisé. Nous verrons plus loin les idées de Lépine sur le diabète phloridzique.

Si nous avons insisté autant sur les symptômes suivant l'ingestion de la phloridzine, c'est que les recherches auxquelles a donné lieu leur étude ont permis d'expérimenter un certain nombre de médicaments employés

dans le diabète. C'est ainsi que G. Sée et Gley ont pu mettre en évidence toute la valeur de l'antipyrine dans le traitement de cette maladie.

II

Nous ne pouvons qu'analyser rapidement les expériences d'Arthaud et Butte. En provoquant par différents procédés des névrites des deux pneumogastriques, ils ont produit des lésions et des symptômes qu'ils ont rapprochés de ceux du diabète. La névrite double entraîne de la polyurie avec albuminurie, la diminution de l'urée et la glycosurie (0,414 de sucre par kilogr. d'animal en 24 heures). Les troubles gastriques sont intenses et la mort survient rapidement. La névrite d'un seul nerf permet une survie plus longue ; on observe de l'assoupissement, de la polyurie, de l'azoturie au début, et une glycosurie intermittente. Les lésions du rein, du foie, du tube digestif rappellent celles observées par Armanin et Cantani dans le diabète.

A la suite d'injections interstitielles dans le bout périphérique d'un nerf vague, il y a d'abord engraissement progressif de l'animal, polyphagie polyurie et polydipsie.

L'urine renferme une petite quantité d'albumine, l'urée sécrétée augmente et les échanges intra-pulmonaires sont plus actifs. Au bout de 3 mois en moyenne, l'animal maigrit et perd ses forces ; la polyurie et la polydipsie persistent, il y a encore de l'albumine et du sucre, mais la polyphagie disparaît ; l'urée diminue, l'état général s'aggrave et l'animal succombe dans l'hypothermie. Les lésions les plus importantes siègent dans le cœur, le foie, l'estomac et le rein. Ce dernier présente les lésions décrites par Armanni dans le diabète.

Pour Arthaud et Butte, il est possible, « par irritation centrifuge du pneumogastrique, de reproduire chez les animaux les diverses variétés du diabète classique, tantôt insipide, tantôt azoturique, tantôt glycosurique, suivant des prédispositions individuelles, absolument connues chez l'homme. »

III

Von Mering et Minkowski sont en réalité les premiers qui aient réalisé le diabète expérimental.

Bouchardat, Baumel et Lancereaux avaient déjà attiré l'attention sur les lésions du pancréas qui existent quelquefois dans le diabète, lorsque les physiologistes allemands montrèrent que l'extirpation complète du pancréas, qui du reste avait déjà été réalisée avant eux, entraîne le développement de la maladie.

La première condition nécessaire est que le pancréas soit enlevé en entier ; s'il reste un fragment de la glande, il n'y a pas de glycosurie. Hédon qui, en France, a contribué à faire avancer beaucoup cette question si complexe du diabète expérimental, a immédiatement vérifié les expériences de Von Mering et Minkowski, et il a vu que la glycosurie pouvait manquer ou être très minime lorsque des lobules, même très petits, échappent à l'extirpation.

Dans une série de travaux parus dans les *Archives de médecine expérimentale*, les *Archives de physiologie* et le *Montpellier médical*, et qui

complètent ceux des Allemands, Hédon a fait voir que la glycosurie débute un temps variable après l'extirpation de la glande, le plus souvent après quelques heures, parfois beaucoup plus tard. Lorsque les animaux sont bien nourris, le maximum de la glycosurie est atteint le 7e ou le 8e jour et l'animal élimine alors jusqu'à 11 p. c. de sucre; il présente en même temps de la polyurie, de la polyphagie et de la polydipsie. L'urine renferme de l'acétone et de l'acide oxybutyrique. Le cachexie se produit rapidement, les animaux maigrissent et la mort arrive sans qu'on trouve à l'autopsie des lésions nettes sauf les cas de complications; il y aurait cependant souvent une dégénérescence graisseuse du foie.

Le plus généralement la marche du diabète qui suit l'extirpation du pancréas est aiguë et la terminaison fatale survient en 15 à 20 jours, quel que soit le régime.

Dans d'autres cas la glycosurie est intermittente, les autres phénomènes diabétiques étant continus; parfois même l'élimination de sucre n'a lieu que si le chien reçoit des hydrates de carbone dans sa nourriture. Enfin, il peut arriver que la glycosurie ne soit que très faible et très transitoire bien que le pancréas ait été enlevé en totalité; l'animal succombe cependant à la cachexie.

Les résultats de Von Mering, Minkowski et Hédon n'ont pas été admis sans contestations par tout le monde. De Dominicis, Reale et de Benzi, Corazzani ont présenté diverses objections. Sans entrer dans la discussion des expériences des savants italiens, discussion qui nous entraînerait trop loin, nous dirons simplement que la réalisation des greffes pancréatiques a permis de répondre victorieusement à la plupart de leurs affirmations.

Minkowski transporta un fragment de pancréas sous la peau du ventre et empêcha ainsi la diabète de se produire à la suite de l'extirpation du reste de la glande; puis il enleva la greffe et la glycosurie apparut. De son côté, Hédon réalisa l'ectopie d'un fragment du pancréas, puis sectionna le pédicule vasculaire du fragment ectopié, ce qui réalisait la véritable greffe. Gley, Thiroloix, Lancereaux confirmèrent toutes ces recherches, et il est bien établi maintenant que la glycosurie manque tant qu'il reste un fragment de pancréas intact dans le corps de l'animal, quel que soit le lieu ou soit situé le fragment.

On s'est étonné que la destruction de la glande par atrophie qui succède à l'injection de corps gras dans le canal de Wirsung ne soit pas suivie de glycosurie persistante. C'est que, d'après Hédon, il n'y a pas à la suite de cette expérience destruction complète de la glande et qu'une partie adhérente au duodénum reste intacte. La ligature du canal de Wirsung n'entraîne pas le diabète mais parfois une glycosurie faible et transitoire comme du reste l'injection de corps étrangers dans ce canal.

Comme l'irritation du plexus cœliaque peut provoquer la glycosurie, on a attribué celle qui suit l'extirpation du pancréas aux irritations nerveuses résultant de l'opération. Les résultats fournis par les greffes renversent définitivement cette théorie et comme, d'autre part, Gley a pu provoquer la glycosurie en liant toutes les veines de la glande, il s'en suit qu'il est probable qu'elle agit en versant dans le sang une substance utile pour les échanges nutritifs.

Or, cette substance, pour Lépine, c'est un ferment glycolytique. Le sucre

que le sang renferme est détruit lorsque le sang est extrait des vaisseaux, cette destruction est due à un ferment qui est contenu dans les globules blancs ; en lavant ces derniers dans de l'eau salée, l'eau de lavage acquiert la propriété de détruire le sucre; quand on porte le sang à une température de 54°, le sucre ne se détruit plus.

La glycolyse peut être étudiée sur le vivant en faisant circuler du sang défibriné dont la teneur en su re est connue dans le membre inférieur isolé d'un chien et en faisant un nouveau dosage au bout d'une heure. Cette expérience montre que la glycolyse n'est pas un phénomène cadavérique ainsi que l'avait soutenu Arthus et permet d'établir que le sang d'un chien dépancréatisé perd moitié moins de sucre que celui d'un chien normal.

C'est qu'en effet, le sang d'un chien qui a subi l'ablation du pancréas renferme moins de ferment que celui du chien sain. Ce ferment est au contraire plus abondant après la ligature du canal de Wirsung. Il ne s'accumule pas dans la glande et est pris immédiatement par les vaisseaux, car le pancréas lui-même n'a pas un pouvoir glycolytique supérieur à celui de la veine porte ; c'est du reste le sang de cette dernière qui est le plus riche en ferment.

Le ferment glycolytique est diminué dans le sang des malades diabétiques.

Le pancréas n'est pas le seul organe qui sécrète le ferment glycolytique. Lorsque la glande est atrophiée par des injections répétées de substances inertes dans le canal de Wirsung et que l'on combine ces injections avec des extirpations partielles, il arrive un moment où la glande est entièrement détruite. Immédiatement la glycosurie qui jusqu'alors n'était qu'alimentaire s'accuse et s'accompagne de tous les symptômes d'un diabète lent. Dans les cas de ce genre, on trouve les glandes duodénales hypertrophiées (Thiroloix). Ce sont probablement des suppléances fonctionnelles de ce genre, variables selon les individus, qui expliquent les résultats parfois un peu dissemblables que présentent les extirpations du pancréas même totales.

Le sang et l'urine renferment un ferment diastasique saccharifiant fourni par le pancréas et les glandes salivaires qui est très augmenté à la suite de l'ingestion de la phloridzine. Le ferment glycolytique, dans ce dernier cas, n'étant pas diminué dans le sang, la glycosurie phloridzique tiendrait à l'exagération de la production du sucre. Ce ferment saccharifiant qui est diminué chez les malades diabétiques est tout entier dans le sérum.

Enfin, il existe dans les tissus un ferment pepto-saccharifiant transformant directement les peptones en sucre.

IV

La théorie de Lépine suppose qu'il y a, dans le diabète, diminution de la consommation du sucre. Cela n'empêche pas le professeur de Lyon d'admettre que dans beaucoup de cas de diabète nerveux et même dans des lésions chroniques du pancréas, il peut y avoir augmentation de la production du sucre, les nerfs de la glande agissant sur le foie par voie réflexe.

Pour Chauveau et Kaufmann, il y a hyperproduction du sucre dans

tous les diabètes et les dosages comparatifs du sang artériel et du sang veineux montrent que la consommation du sucre à la périphérie se fait avec la même activité chez l'animal sain et chez l'animal diabétique. Le diabète proviendrait donc d'une exagération de la production de sucre par le foie. Le pancréas remplit par sa sécrétion interne un rôle modérateur de la fonction du foie en agissant sur les centres nerveux qui gouvernent la fonction glycogénique. L'axe cérébro-spinal renferme un centre frénateur bulbaire et dans la région cervicale un centre excitateur de la glycogénie. La sécrétion interne du pancréas modère le centre excitateur, exalte le frénateur; quand le pancréas est enlevé, l'activité de ce dernier centre est diminuée et celle du premier activée. De plus, l'axe nerveux renferme aussi des centres excito-secréteurs et frénateurs du pancréas et l'activité du centre frénateur du foie s'exerce dans le même sens que celle du centre excitateur du pancréas.

Lépine a opposé à la théorie professée par Chauveau que les résultats obtenus tiennent à ce que les expériences n'ont été faites que sur des chiens à jeun: dans ces conditions la consommation du sucre est minima et elle ne doit pas être la même que chez un chien sain en état de digestion.

Henriot a, en effet, démontré que, si à l'état de jeûne le quotient respiratoire du diabétique est semblable à celui de l'homme sain, à la suite de l'ingestion de glucose il augmente bien davantage chez le second.

Il est du reste possible, pour Lépine, que dans les cas spéciaux d'hyperglycémie étudiés par Chauveau, il y ait eu en réalité hyperproduction du sucre. En effet, toute lésion traumatique des centres nerveux détermine cette hyperproduction. Enfin, le professeur de Lyon, admettrait volontiers que, *dans les premières heures*, la diabète pancréatique pourrait être sous la dépendance du même mécanisme, l'extirpation de la glande retentissant sur le plexus salaire.

En fait, les recherches de ce genre sont très difficiles et surtout d'une grande complexité, des actions et réactions inverses pouvant se produire en même temps, de telle sorte que l'on n'a parfois qu'une résultante, du sang mis dans un ballon au bain-marie par exemple perdant et produisant du sucre en même temps.

Nous n'avons donc résumé que les points qui paraissent définitivement acquis. Reste à appliquer maintenant cette étude à la clinique et c'est ce que nous ferons dans une prochaine Revue.

La chirurgie au congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.

C'est là peut-être un titre bien pompeux ; car il faut remarquer que sauf quelques intéressantes communications, les chirurgiens ont peu donné à Besançon. C'est probablement le congrès de chirurgie, tenu à Paris, cette même année, qui en est la cause.

Nous allons analyser les principaux travaux, en commençant par citer celui de M. Nicaise (de Paris) sur *Les purgatifs chez le blessé et l'opéré.* On sait que ce chirurgien purge ses opérés de très bonne heure, nous ne revenons pas sur ce sujet, qui a déjà été traité par l'auteur à la Société de chirurgie et qui a été rapporté par nous.

M. Championnière est venu apporter une *série nouvelle de 109 cas de cure radicale des hernies, complétant un total de 384 cas.* On sait l'expérience du chirurgien de Saint-Louis en pareille matière.

En ce qui concerne la mortalité, il n'a observé aucun nouveau cas de mort et en a 2 seulement dans ses premières opérations, ce qui fait 2 sur 384, dont une série continue de 231 cas *sans aucune mort*; il n'a observé qu'un chiffre de récidives insignifiant, mais surtout a pu constater chez tous les sujets revus quelques mois après l'opération une solidité de plus en plus satisfaisante de la cicatrice.

C'est là un point capital, car on fait de très nombreuses opérations de ce genre qui n'ont que les apparences de la guérison, la partie exubérante de la hernie ayant été supprimée, et une amorce intra-guinale persistant.

Chez aucun des sujets opérés en dehors de l'hôpital et qui ont tous pu être suivis il n'a observé de récidive, et ses opérés ne portent pas de bandages.

Les hernies inguinales sont celles qu'on rencontre le plus souvent : sur 109 cas, il en a vu 90, dont 7 chez la femme.

Les 83 hernies observées chez l'homme ne comprennent pas de cas particuliers, sauf cependant 5 cas avec ectopie testiculaire, parmi lesquels le testicule a pu être abaissé et fixé trois fois; une fois le testicule abaissé s'est mortifié secondairement, et une fois la castration a dû être faite d'emblée.

La proportion des hernies crurales est beaucoup plus faible : il y en a 8. Ces dernières n'ont donné lieu à rien de spécial. Cependant un cas a été observé chez un enfant de cinq ans et demi : c'est le seul et M. Championnière n'en a pas trouvé d'autre dans la littérature.

Il faut aussi mentionner 3 éventrations, dont 2 sous-ombilicales consécutives à des laparotomies pour grosses tumeurs abdominales. Ce sont des lésions difficiles à réparer à cause de l'enorme étendue de l'effondrement de la paroi abdominale. Cependant, en multipliant les étages successifs de sutures, on arrive à une solidité suffisante.

Mentionnons aussi 4 hernies ombilicales. Il s'agissait de hernies très volumineuses, et M. Championnière insiste à Besançon comme il l'a fait dans son livre sur la nécessité de ne jamais laisser une hernie ombilicale prendre un grand développement.

Les hernies épigastriques sont au nombre de 4. Dans l'un des cas, le même sujet portait deux hernies. Cette petite lésion a une réelle importance. Elle est l'occasion de douleurs et d'accidents de toute sorte. On ne devrait jamais la laisser subsister. L'opération a toujours été inoffensive et a toujours fait disparaître les douleurs et les vomissements.

M. Championnière termine en insistant sur les principes qu'il a établis et qui sont les suivants :

Destruction de la séreuse au niveau du sac et bien au delà dans la cavité abdominale; excision de toute portion d'épiploon pouvant être atteinte; reconstitution des parois par des sutures appropriées et superposées.

Le professeur Ollier (de Lyon) a fait une communication sur *le traitement opératoire de certaines tumeurs profondes des fosses nasales et du pharynx nasal avec abaissement préliminaire du nez.* C'est d'après l'expérlence d'une centaine de cas que le chirurgien Lyonnais passe en revue les qualités du procédé qu'il conseille. Comme on le sait, il abat l'auvent nasal en faisant une incision à concavité inférieure et en faisant retomber le nez du côté de la bouche. Cette opération préliminaire vous ouvre une large voie qui peut du reste être agrandie par l'incision de la cloison. On peut ainsi attaquer les polypes naso-pharyngiens et cette route suivie est bien supérieure pour M. Ollier à celle préconisée par Nelaton, qui va par la voûte palatine.

Quant aux opérations économiques, pratiquées par exemple avec l'anse galvanique,

il n'en parlera pas longuement, car elles ne donnent que des opérations incomplètes et exposent à une récidive certaine. L'électrolyse, toutefois, est une méthode qu'il est quelquefois bon d'essayer, surtout dans les cas de récidives, et qui peut alors fournir d'assez bons résultats.

Pour les tumeurs malignes des fosses nasales, le procédé par l'abaissement préalable du nez peut encore servir et cette opération, si elle ne guérit pas, permet au moins de soulager notablement le malade.

Les hémorrhagies ne sont pas à redouter et la simple introduction d'une éponge compressive dans les fosses nasales permet d'arrêter les hémorrhagies les plus graves.

On connaît les travaux de l'Ecole de Lyon sur *la prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur.* MM. Ollier, Poncet, et tout dernièrement encore M. Gangolphe, en citaient de bons exemples.

M. Vautrin (de Nancy), dans un cas d'épithélioma, a pu en éprouver aussi les bons effets. Un appareil provisoire fut d'abord appliqué et le drainage du plancher de la bouche pratiqué, l'appareil provisoire fut laissé en place pendant quarante-cinq jours, puis on prit les empreintes de l'appareil définitif; le résultat a été parfait, et aujourd'hui le malade mange et parle comme avec un maxillaire véritable.

La *suture nerveuse* a été étudiée par le grand physiologiste Schiff (de Genève). Ce sujet touche tellement à la chirurgie qu'il nous est impossible de la passer sous silence.

Il n'y a pas à la connaissance de ce professeur de fait clinique donnant une démonstration irréfutable de l'utilité de la suture nerveuse. Mais on peut dire qu'elle n'est jamais nuisible, si son utilité n'est pas prouvée. Il est cependant des cas en faveur de cette utilité, et il en cite un où, à la suite de section nerveuse, le malade avait perdu la sensibilité et le mouvement, depuis des mois. L'opération pratiquée mit à découvert une tumeur. On extirpa la partie altérée, on réunit les deux bouts, et, *après 2 jours,* il y avait réapparition de la sensibilité. Celle-ci s'est maintenue. Elle ne résultait donc pas d'une irritation, qui du reste n'aurait pu transmettre la sensibilité.

On a admis que le nerf périphérique n'est plus un nerf mais un fil conducteur : c'est se payer de mots. On a parlé de dynamogénie, mais pour celle-ci il faut des organes où puisse s'appliquer cet acte.

On a parlé encore de conduction par les anastomoses. Or, au moyen de la machine électro-magnétique, on a pu observer chez l'homme, immédiatement après la section du médian, qu'il existait des traces de sensibilité.

M. Schiff dit ensuite qu'on est assez enclin dans le moment à abandonner la suture nerveuse. Telle n'est pas notre façon de penser. Puis, il prétend, en appuyant son dire sur la constatation de pièces, que sur un nerf sectionné la myéline se détruit, mais le cylindraxe persiste. On sait que le savant de Genève a toujours professé cette doctrine de la non-fragmentation du cylindraxe, doctrine qui n'est pas admise par les histologistes, ce qui tiendrait, d'après M. Schiff, à un défaut d'observation. Le nerf sectionné se remplirait de globules noires. La coloration du cylindraxe cesserait sur beaucoup de points, ce qui ferait croire à sa fragmentation.

M. Prioleau (de Brive) fait une communication sur le *traitement de l'exstrophie de la vessie.* Il a appliqué sur un enfant de 9 ans une méthode particulière à laquelle il a été amené par la disposition même des parties.

Il a d'abord pratiqué la dissection, le relèvement et la perforation du prépuce pour laisser passer la verge; il a fixé ce prépuce au devant de l'exstrophie au moyen de deux points de suture; puis a disséqué un lambeau cutané supérieur, pouvant complètement recouvrir l'exstrophie et deux lambeaux latéraux d'une hauteur suffisante, qui ont été seulement isolés maintenus écartés par de la gaze iodoformée.

Un mois plus tard, M. Prioleau a pratiqué le deuxième temps, en rabattant ces lambeaux par leur bord mobile sur l'exstrophie. Il a ensuite, après avivement, suturé ces quatre volets au moyen de deux sutures verticales et d'une suture transversale. Les lambeaux se sont fort peu rétractés. Ils étaient à peu près cicatrisés, et la paroi formée par eux ne se trouvait plus cruentée.

La dérivation des urines a été faite par deux sondes en caoutchouc rouge introduites dans les uretères à une profondeur de 4 centimètres et fixés par des points de suture.

La réunion a eu lieu par première intention, sauf à la partie supérieure de la suture. La cavité vésicale est assez vaste, la paroi antérieure est souple et résistante ; les urines s'écoulent par l'orifice pratiqué dans le prépuce et peuvent être collectées dans un urinal.

Il faut encore signaler une opération de *résection orthopédique du poignet*, pratiquée par M. Chaintre (Dôle). Cette opération se fait exceptionnellement, car M. Ollier n'en a pratiqué que deux. M. Chaintre l'a faite pensant à une compression du nerf radial par le cal dans un cas de fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, il en était résulté une impotence absolue avec main en griffe.

Or, en cherchant à dégager le nerf, il vit qu'il n'était pas inclus et il réséqua le carpe pour remédier à la déformation. Les résultats fonctionnels furent satisfaisants.

Les polypes naso-pharyngiens congénitaux d'origine ectodermique sont rares. M. Chapoy (Besançon) en a observé en 1887 et 1889 deux semblables à celui décrit par Schuchart en 1884 sous le nom de polype fibreux du pharynx. Il arrive aux conclusions suivantes :

On rencontre chez l'enfant en bas âge des tumeurs pharyngiennes de forme ovoïde avec pédicule mince et long qui s'insère en haut du pharynx. Leur structure est dermo-épidermique. L'étiologie vise la consanguinité et le sexe féminin. Les symptômes sont ceux de la cyanose, puis, si l'enfant survit, de l'asphyxie lente. Le pronostic n'est grave que si la tumeur est méconnue, car on l'enlève simplement par traction et torsion sans crainte d'hémorrhagie consécutive.

Enfin, pour terminer, citons un *nouvel inhalateur* de M. Dubois (Lyon), pour l'anesthésie chirurgicale. On s'attend peut-être à trouver la description d'un appareil compliqué, pas du tout. Un mouchoir suffit et une paire de manchettes, ce qu'on trouve dans le tiroir de sa commode, après tout. Les deux manchettes sont emboîtées l'une dans l'autre comme les deux tuyaux d'un télescope et le mouchoir est au milieu. Eh bien, cet appareil, d'après l'auteur, est bien supérieur au cornet de la marine : il n'aurait qu'un inconvénient, toujours d'après l'auteur, c'est de nécessiter l'usage des deux mains. Ce qu'il faut retenir de cette communication, c'est que M. Dubois soutient la supériorité incontestable de la méthode qui consiste à mélanger pendant l'anesthéie le chloroforme à l'air, contre ceux qui veulent donner le moins d'air avec le plus de chloroforme possible.

Dans sa séance de clôture, l'Association française pour l'avancement des sciences a fixé le siège de ses deux prochains congrès.

Celui de l'an prochain aura lieu à Caen, sous la présidence de M. Mascart ; celui de 1895 se tiendra à Bordeaux et sera présidé par M. Émile Trélat.

COURRIER

Onzième congrès international de médecine. — Rome 1894. — Nous transcrivons textuellement cette note qui nous arrive d'Italie :

« Nous confirmons la nouvelle, déjà sommairement publiée, du renvoi de ce Congrès au mois d'avril 1894.

« Dès la fin d'avril écoulé, le comité exécutif avait discuté la question s'il aurait été

convenable de reculer le Congrès, mais vu que les foyers du choléra étaient limités à un nombre insignifiant d'endroits en France et à quelques places sur la frontière autrichienne, et que les comités nationaux et à l'étranger interpellés à ce propos, s'étaient presque tous prononcés contraires au renvoi, le comité exécutif avait décidé que le Congrès pouvait seulement être reculé, si les conditions de la santé publique en Europe deviendraient telles, d'empêcher les médecins de quitter leurs résidences.

« D'alors à ce jour, les conditions sanitaires ont tellement changé, que le comité a été forcé de reprendre le 30 juillet ses délibérations à ce sujet.

« Vu l'extension que l'épidémie avait prise en Autriche, en Hongrie, en Russie et même en France, les foyers, qui s'étaient développés presque chez toutes les nations d'Europe, et la formation desquels avait obligé plusieurs gouvernements à défendre aux médecins de quitter leurs résidences, pris en considération le jugement des plus illustres spécialistes italiens et étrangers, qui conseillaient le renvoi, et les nombreuses lettres reçues de membres inscrits qui annonçaient de ne pouvoir pas se rendre au Congrès en septembre prochain, le comité a décidé de reculer la réunion au mois d'avril 1894, saison où, par expérience, les foyers de contagion sont éteints ou assouvis.

« Le comité fut guidé à cette délibération par le désir de respecter le caractère absolument international du Congrès, et par sa déférence envers les adhérents étrangers, dont la plupart aurait été empêché d'assister au Congrès. »

Liste par ordre alphabétique, des candidats admis à subir la première partie des épreuves orales du concours d'admission à l'école du service de santé militaire de Lyon.

MM. Angué, Ardoin, Arnoul, Audouin, Ayrolles, Baills, Baron, Bas, Batailler, Belgrand, Beranger, Bernard, Bertelé, Besse, Biérer, Blan, Bodin, Bonhomme, Boudriot, Bouissou, Boullier, Bourcier, Briais, Brisard, Brun (B.-J.-E.-C.), Brun (H.-F.-L.-G.), Cahen, Caillon, Calais, Caminade, Camus, Canceill, Canel, Canonne, Capgras, Capmas, Cassan, Cassé-Barthe, Ceccaldi, Cêtre, Chalmette, Chardin, Charpentier, Clerc, Coche, Conte, Costa, Coste, Coutin, Couvelaire, Dambrin, Damotte, Damis, David de Drézigué, Degris, Dehay, Dejouany, Delfour, Desbertrand, Devauchelle, Dickson, Dopter, Dru, Duboz, Duffau, Duméry, Dumont, Esperandieu, Fadeuilhe, Faideau, Feuillade, Feurtet, Finck, Fischer, Folly, Fougéres, Fournier, Froment, Gabrielle, Gauthier (E.-M.), Gauthier (G.-J.-C.), George, Girma, Gojon, Grall, Grammont, Grysez, Guignot, Heusch, Hochwelker, Houdart, Jacquemin, Jeulain, Job, Julia, Kaler, Laferrière, Lambroschini, Langlois, Lasserre, Latron, Le Bihan, Le Fort, Le Roux, Magerand, Maître, Marais, Martin, Masson, Massoulard, Mazière, Mendy, Méreau, Montier, Navas, Nicollet, Nouveau, Parillard, Pascal, Pélegrin, Pélissié, Perrichon, Pernot, Perrin, Petitjean, Philippe, Picon, Pinet, Poitevin de Fontguyon, Pons, Pradines, Prémont, Rabuson, Raymond, Remousseuard, Reniac, Renon, Révérend du Mesnil, Ribéraud, Robardet, Roger, Rouffiandis, Sacquépée, Scheffler, Séguinaud, Tartavez, Taste, Tessier, Théaulon, Tholle, Trille, Trutié, de Vaucresson, Vandenbossche, Verhaeghe, Vignal, Vignes, Wagon.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Hôpital de la Charité

Service de clinique chirurgicale de M. le professeur Duplay

Hygroma prérotulien suraigu d'origine blennorrhagique

Je veux vous parler aujourd'hui d'un malade entré depuis quelques jours salle Velpeau, lit 14, pour une affection du genou gauche. Cet homme, âgé de trente et un ans, boulanger de son état, jouit d'une bonne santé habituelle.

Cependant, dans ses antécédents, nous notons d'abord, en 1879, une fièvre typhoïde assez grave; puis, il y a cinq ans, une blennorrhagie. Il raconte, en outre, qu'il y a cinq mois il eut une affection de la verge caractérisée par une ulcération du frein balano-préputial, ayant amené à sa suite de l'œdème du prépuce et un paraphymosis. Il est manifestement syphilitique, car c'est son chancre qui a laissé cet œdème dur, spécial, que vous avez remarqué sur son prépuce, œdème analogue à celui que vous rencontrez sur les grandes et les petites lèvres des femmes atteintes de chancre induré. C'est là un bon symptôme quand il persiste. Notons enfin, pour corroborer ce diagnostic de syphilis, que ce malade porte dans ses aînés la pléiade ganglionnaire et une ulcération nettement spécifique sur le pilier droit du voile du palais. Disons enfin, pour être complet, qu'il y a deux mois, il est venu à l'hôpital pour se faire soigner d'une pneumonie.

Il y a quelques jours, cet homme ressentit brusquement une douleur dans son genou gauche. Or, il est boulanger et frotte sans cesse son

FEUILLETON

A propos du choléra de Molène

Sur la jolie petite plage, bien écartée, bien éloignée, bien ignorée, où, depuis près d'un mois, je mène la délicieuse existence d'un mollusque, les bruits du monde ne m'arrivent pas ou m'arrivent tellement atténués et adoucis que leur assourdissant brouhaha n'est plus qu'un léger murmure indécis, un imperceptible susurrement où l'on distingue à peine, — encore y faut-il prêter attentivement l'oreille, — quelques sons plus graves, comme le tintement de la cloche qui a sonné le glas inattendu de Charcot.

Les journaux parviennent là avec une irrégularité si pleine de bonhomie ; le bon vieux facteur en blouse qui me les apporte, très soigneux en ce qui concerne les lettres, semble avoir pour les feuilles publiques une si ironique indifférence que mon ardeur à les lire s'en est tout éteinte, et je les ai là qui s'empilent sans ordre sur ma table, les bandes intactes et dans quel étrange pêle-mêle ! Du tas informe et débordant sortent des bouts de titres, drôles comme tout et qui paraissent froissés de la compagnie où le

genou contre son pétrin. Bientôt la région malade devint rouge et volumineuse et il dut interrompre son travail. Il ne pouvait alors ni marcher, ni se tenir debout; il dut même, nous dit-il, se faire monter chez lui. J'insiste sur ce point, car il est rare qu'une lésion de ce genre atteigne un tel degré d'acuité. Après deux jours de repos chez lui, le genou était moins rouge, mais la lésion était plus étendue et il se décida à entrer à l'hôpital.

Quand vous l'avez examiné tout à l'heure, vous avez été frappé de l'état inflammatoire et de la rougeur diffuse de son genou, s'accompagnant d'angioleucite et de gonflement œdémateux surtout à la partie externe. Lorsqu'on explore avec soin la région malade, on remarque qu'il existe, en avant de la rotule, une collection très nettement liquide, car elle fluctue manifestement. Mais elle n'est pas aussi étendue que la rougeur, qui est diffuse. Cette saillie, en effet, n'existe que sur la face antérieure de la rotule, dans sa moitié supérieure.

La douleur est encore très vive à la pression; mais la douleur spontanée, si intense pendant les premiers jours, a actuellement bien diminué. Il en est de même de l'œdème et de la rougeur, qui sont moindres aujourd'hui qu'hier. Les phénomènes généraux ont complètement disparu. Je dois vous signaler encore l'épaississement considérable de l'épiderme en avant de la rotule.

Quant à l'articulation, elle est saine, et on ne saurait y découvrir aucune lésion.

Le diagnostic, d'après tous ces symptômes, est facile. Tout au plus, à l'entrée du malade, aurait-on pu confondre cette lésion avec une angioleucite diffuse. On aurait sûrement trouvé alors une porte d'entrée. Or, ce n'est pas le cas ici, où il n'existe ni plaie, ni écorchure. Mais vous savez qu'il existe normalement, en avant de la rotule, des bourses séreuses, dont l'inflammation s'accompagne des symptômes de l'angioleucite diffuse. Notre malade a-t-il donc un hygroma enflammé? Nous trouvons, en effet, chez lui toutes les conditions qui permettent à une telle lésion de se produire. Il a une bourse séreuse professionnelle très développée, ainsi que

---

hasard les a mêlés. Voici une ou deux *Semaines Religieuses*, un numéro de *La Croix*, un *Univers* qui remplacent évidemment chez moi quelque *Gil-Blas* et quelque *Union Médicale* égarées, je le suppose, chez le curé. Les premières fois que cette méprise amusante et peut-être malicieuse a eu lieu, nous nous étions mutuellement restitué nos gazettes, mais, à voir l'un chez l'autre ces monceaux de feuilles toujours indépliées, vierges de tout regard, nous avons perdu nos scrupules. Malgré notre intention bien arrêtée de faire l'échange en bloc, dans quelques semaines, lors de mon départ, je crois bien que je ramènerai à Paris, parmi mes papiers, plusieurs exemplaires des *Annales de la Sainte Enfance* et de *la Propagation de la Foi* en guise de *Revue d'Hygiène* et du *Bulletin de Thérapeutique*.

En dépit, toutefois, de mon isolement, de ma solitude et de la plus voluptueuse des paresses, je lis encore les lettres qu'on me fait l'amitié de m'écrire; je me contente de remettre à plus tard d'y répondre. Il y a ici un endroit charmant pour ces lectures; c'est, au pied d'un gigantesque rocher qui jaillit superbe et puissant dans la nudité à peine onduleuse des dunes, un bouquet d'arbres aux frondaisons touffues qui, à l'ombre du roc énorme et protégés par lui contre le vent salé de la mer, ont mis dans cette plaine de sable l'illusion d'un coin d'oasis. C'est là, qu'au commencement de cette

l'indique l'épaississement considérable de la peau en avant de la rotule gauche. En outre, ses genoux frottent contre le pétrin, ce qui est une condition favorable à l'inflammation de l'hygroma. D'ailleurs, sur son genou droit, qui est sain, nous trouvons aussi une peau épaisse et très mobile et même, dans la bourse séreuse qui siège à ce niveau, un léger épanchement.

C'est donc un hygroma. Mais ici, il y a une chose singulière dans le début de l'hygroma de ce malade. Ordinairement l'évolution est plus lente. Il y a d'abord un épanchement séro-sanguinolent et l'inflammation ne survient que peu à peu.

Or, il nous raconte, — et son récit nous semble digne de foi, — que l'affection est venue subitement. C'est il y a 5 ou 6 jours que le mal a débuté et déjà tous les symptômes sont en voie de décroissance.

Il n'y a qu'une raison qui puisse nous rendre compte de ce début rapide, suivi d'une résolution non moins rapide. C'est la blennorrhagie. Les arthrites blennorrhagiques débutent, vous le savez, avec grand tapage. Il y a un œdème énorme, rappelant souvent le phlegmon diffus et quelquefois, en quarante-huit heures, lorsque la maladie est traitée comme il convient, tous les symptômes effrayants ont disparu ou sont au moins très atténués. Dans le cas présent, la bourse séreuse de notre malade semble avoir réagi de la même façon. Si vous vous souvenez que la blennorrhagie fait ici partie des antécédents, vous penserez de suite à admettre cette étiologie, d'autant mieux que cet homme avoue avoir conservé jusqu'à ce jour la goutte militaire. Cela suffit à établir notre diagnostic, si conforme au mode de début et à la forme que je vous ai signalée.

Quel est le pronostic de cette affection ?

Au début, malgré le grand fracas dont elle s'accompagnait, on pouvait la considérer comme bénigne et devant guérir par le repos, si on avait établi le diagnostic d'hygroma blennorrhagique. Mais si le malade n'avait pas été soigné dès qu'il a commencé de souffrir, on avait de grandes chances de voir survenir la suppuration et des accidents graves, car le pronostic des

---

semaine, j'ai reçu la nouvelle que le choléra avait fait son apparition à Molène, l'une des îles de l'archipel d'Ouessant. La lettre qui me l'apprend vaut de vous être communiquée dans son intégrité; le vieil ami d'enfance qui me l'a écrite voudra bien me pardonner cette indiscrétion.

« Mon cher Ami,

« Bien que vous ne soyez pas revenu dans ce pays depuis tant d'années (il serait attristant d'en dire le compte exact) vous ne pouvez avoir oublié la bonne excursion que nous avons faite ensemble à Ouessant. Le temps était à souhait et les passagers du petit vapeur très nombreux. Mais il y avait eu un coup de vent les jours précédents, les gens de l'île n'avaient pu venir aux provisions sur le continent et je prévoyais que les ressources alimentaires de l'auberge du bourg seraient des plus restreintes. Aussi de quel pas nous gravîmes les falaises à pic de la baie du Stiff et de quelle allure je vous fis franchir les quatre ou cinq kilomètres de route qui la séparent de Lampaul! Bien nous en prit d'ailleurs, si vous vous souvenez. L'unique langouste et le seul poulet qui étaient tout le menu du déjeuner furent pour nous et, comme dessert, nous eûmes les mines désespérées des autres voyageurs arrivant tardivement par petits groupes, l'estomac creux

hygromas suppurés, quelles qu'en soient les causes, offre toujours des dangers d'une nature particulière. Les bourses séreuses sous-cutanées sont en effet creusées dans le tissu cellulaire et par suite leurs limites n'offrent qu'une bien faible résistance à la propagation aux régions voisines. N'y a-t-il qu'une simple inflammation, la rougeur et l'œdème gagnent rapidement le voisinage; mais, s'il y a suppuration, le tissu cellulaire est envahi, et c'est là une des causes les plus fréquentes de phlegmons diffus des membres.

A côté de cet hygroma blennorrhagique, je dois vous signaler un cas analogue, mais d'origine traumatique. C'est celui d'un malade, ébéniste de son état, qui est actuellement couché salle Trélat, lit 10. Sa profession l'oblige à se mettre fréquemment à genoux, et c'est après avoir fatigué plus que de coutume, qu'il commença à souffrir de sa région rotulienne. Actuellement son genou est énorme, et il existe à la partie antérieure du genou une fluctuation des plus manifestes. Mais ici, il n'y a pas de blennorrhagie et c'est le traumatisme qui doit être invoqué comme cause de l'affection. Il n'y a pas simple inflammation, car la lésion est arrivée à suppuration. On pourrait peut-être, à première vue, penser à un phlegmon diffus, mais, bien que la zone rouge et œdémateuse ait largement dépassé la région de la bourse séreuse prérotulienne, il existe cependant une certaine limitation. N'oubliez pas que c'est toujours une lésion assez grave, tendant à la diffusion, et faites, dans tous les cas, et quelle qu'en soit la cause, une thérapeutique en conséquence.

Le traitement consistera tout d'abord dans le repos absolu. Lorsque la suppuration n'existe pas encore et s'il n'y a pas de plaie, le vieux cataplasme des anciens amènera presque toujours un soulagement notable. S'il y a plaie, on aura recours à des compresses imbibées de liquides antiseptiques. Quand on arrive à temps, on obtient par ces moyens une résolution assez rapide.

Plus tard, pour peu qu'on redoute la suppuration, il faut ouvrir aussi largement que possible, pour donner issue au pus et faire une désinfection très complète de la poche. Quelquefois même, on devra multiplier les

---

la dent longue, et ne trouvant plus que la carapace soigneusement vidée de notre crustacé, les tibias et le breschet de notre oiseau.

« Vous vous rappelez aussi l'île de Molène où on s'était arrêté un instant, au retour, pour déposer quelques marchandises sur le môle. Cela nous avait donné le temps de faire le tour de la petite église si pauvre et de jeter, en passant, un coup d'œil dans le puits peu profond et presque toujours saumâtre où tous les habitants viennent prendre leur eau. Eh bien ! mon cher ami, depuis bientôt trois semaines, la population de cette petite île est décimée par le choléra. On ne l'a su que lorsque le ministre de la marine a eu donné l'ordre d'y envoyer un médecin et des infirmiers. Notez que peu de personnes encore en sont informées, les journaux de la région s'étant bien gardés d'en souffler mot. Ce n'est pourtant point une chose négligeable, étant données la proximité d'une grande ville et d'un grand arsenal d'une part, la sévérité de l'épidémie, d'autre part. On dit, en effet, qu'il serait mort déjà un peu plus de quarante personnes, c'est-à-dire le huitième d'une population qui ne dépasse pas 300 à 350 habitants. Sur une sorte de rocher voisin de Molène et qu'on nomme *Triolen*, qui ne compte guère plus de dix-huit à vingt âmes, il restait, au moment où je vous écris, huit personnes, dont deux morts non inhumés encore, un moribond et un malade en voie de guérison probable. Cela vous édifiera sur la gravité du fléau; mais voici qui

incisions, comme si on se trouvait en présence d'un phlegmon diffus.

Après la guérison d'un hygroma professionnel, le malade reste exposé au retour des mêmes accidents. D'où le précepte de débarrasser complètement le malade de sa bourse séreuse, dès que les accidents aigus sont calmés. Je remets cette extirpation à plus tard, car actuellement, en opérant au milieu de ces tissus enflammés, nous serions presque certains de voir survenir la suppuration. Avant de terminer, je dois vous signaler une petite particularité opératoire. La plupart des chirurgiens, pour faire cette ablation, font, soit une incision verticale, soit une incision cruciale. Or, bien que la réunion se fasse par première intention, il existe sur la ligne médiane une cicatrice et quand, après sa guérison, le malade reprend sa profession et s'agenouille, il peut en résulter des accidents tels que douleur, ulcération de la cicatrice, etc. Aussi, pour mettre les malades à l'abri de cet inconvénient, j'emploie une incision curviligne, concave en bas et embrassait la partie supérieure de la rotule. De la sorte, la cicatrice se trouvera à l'abri de tout traumatisme quand le malade s'agenouillera. Le même procédé opératoire s'applique au coude, mais il a ici moins d'importance.

Je ne vous cite que pour mémoire la ponction suivie d'injection iodée très employée autrefois. Ce traitement est celui des bourses séreuses épaissies, contenant du liquide, mais non encore enflammées.

Donc, chez ce malade atteint d'hygroma aigu d'origine blennorrhagique, nous attendrons d'abord que les accidents inflammatoires aient disparu, pour lui proposer l'extirpation telle que je vous l'ai indiquée.

Drainage de l'espace sous-arachnoïdien pour diminuer la pression intra-cranienne du liquide céphalo-rachidien

Nous ne discuterons pas ici la valeur de l'opération au point de vue de la thérapeutique et du traitement des symptômes que l'on veut combattre.

M. Alfred Parkin, le chirurgien anglais qui relate ce mode particulier d'intervention dans *the Lancet* du 1er juillet 1893, énumère de nombreuses

---

l'explique et qui en fait ressortir toute la gravité pour le pays. Un des éléments de trafic les plus importants de l'île avec le continent, c'est ce qu'on appelle la *Terre de Molène.* Elle se prépare de la façon suivante :

« Les pêcheurs, qui prennent beaucoup plus de poisson qu'ils n'en peuvent vendre ou consommer, emploient le surplus à préparer un engrais composé de couches alternatives de varech de poisson, de terre et de... matières fécales.

« Cet engrais se vend très cher ; il est surtout utilisé, paraît-il, par les agriculteurs de l'Elorn (1). Vous voyez quel danger peut en résulter; car, n'en doutez pas, les déjections cholériques s'en vont, comme les autres et mieux encore, vu leur abondance, contribuer à la formation de la terre de Molène. Le Conseil d'hygiène de l'arrondissement s'en est ému et s'est réuni tout récemment, à cette occasion.

« Je tiens de l'un de ses membres que cette réunion a été épique. L'un de vos confrères ayant proposé comme première mesure l'interdiction de la vente de la susdite

---

(1) L'*Elorn* est une petite rivière qui se jette dans la mer au fond de la rade de Brest, à quelques kilomètres de Landerneau.

affections dans lesquelles l'augmentation de pression du liquide céphalo-rachidien serait la cause des manifestations les plus graves et entre autres la méningite, simple, épidémique ou tuberculeuse, l'hydrocéphalie, certains cas de paralysie générale, l'inflammation des ventricules du cerveau, etc...

Ce que nous voulons surtout mettre en relief, ce sont les moyens employés pour arriver jusqu'au liquide céphalo-rachidien, ce sont les voies suivies.

M A. Parkin cite 3 observations dans lesquelles il est intervenu. Dans la première il adopta le drainage vertébral. Au niveau de la région dorso-lombaire existait un abcès froid qui fut d'abord ouvert et traité, mais il ouvrit le canal vertébral en enlevant les lames des cinquième et sixième vertèbres cervicales. Il trouva derrière elles des masse caséeuses, n'en fendit pas moins la dure-mère et arriva jusqu'au liquide céphalo-rachidien qui s'écoula très clair et en grande quantité. L'amélioration fut immédiate mais peu durable, car l'enfant mourut 36 heures ap ès cette intervention L'autopsie démontra, du reste, de nombreux foyers tuberculeux dans la masse cérébrale.

Dans un second cas ce fut le *drainage cortical* qui fut appliqué. La trépanation et l'incision de la dure-mère furent faites au niveau même d'une ancienne cicatrice suite de chute sur le crâne. Il s'écoula encore une quantité notable de liquide céphalo-rachidien et c'est à cet écoulement que M. Parkin attribue la certaine amélioration éprouvée par le petit malade. Nous pensons que la trépanation pouvait bien y être aussi pour quelque chose.

Nous arrivons à la troisième observation, la plus curieuse, car elle relate l'opération qui fait le titre de cette analyse. Il s'agit encore d'un enfant atteint de tuberculose cérébrale, menacé de mort à brève échéance, avec 150 pulsations à la minute, 50 respirations et présentant un état comateux qui ne cessait qu'au moment des cris lamentables poussés par le petit malade.

Pour lui desserrer le cerveau, M. Parkin, sans chloroforme, fit une incision curviligne sur la ligne courbe occipitale supérieure, un peu à droite de la

---

terre moitié... chair moitié poisson, a soulevé un *tolle* de la part des membres non médecins du conseil. Un autre ayant fait ressortir que, dans l'intérêt même de la grande cité maritime, deux mesures s'imposaient urgentes — l'analyse bactériologique des eaux de la ville, l'arrosage et le nettoyage à fond des rues rendues infectes par le manque d'eau, une invraisemblable sécheresse et une voirie digne des anciens *ghettos*, — la discussion a dégénéré en tumulte : — « C'était une insulte à la plus soigneuse des municipalités ; — Paris même n'est pas aussi propre que notre grand chef-lieu d'arrondissement maritime ; — la bactériologie est une ineptie ; l'analyse chimique seule a de la valeur, or, elle a été très favorable. — Nous consommons les meilleures eaux du monde. — Les microbes ! en voilà une plaisanterie ! (*Digo li que vengue*, comme on dit chez moi). — Arroser les rues à l'eau de mer pour laisser pourrir sur le sol les « mille milliards » d'animalcules qu'elle renferme, mais c'est de la folie..., etc..., etc... » Enfin, la discussion fut résumée par cette phrase mémorable prononcée, si j'en crois les on-dit, par un des vôtres, mon cher ami, par un médecin : « Nos pères vivaient dans les miasmes, *encore plus que nous* (comment trouvez-vous cet aveu ?) et n'en étaient que plus robustes ! » Nous tirerons l'échelle après celle-là, n'est-ce pas !

« Fort heureusement, cher ami, le ministère de l'Intérieur a mis l'archipel en quaran-

ligne médiane, rabattit son lambeau et enleva dans la portion de l'occiput dénudé plusieurs centimètres carrés de cet os. La dure-mère fit immédiatement saillie et ne présentait pas de pulsations. Elle fut ouverte et une petite quantité de liquide s'échappa. Cette incision fut, bien entendu, pratiquée un peu à droite de la ligne médiane à cause de la présence de la faux du cervelet. M. Parkin passa alors un instrument courbe sur la convexité du cervelet, arriva dans l'espace sous-arachnoidien et immédiatement une énorme quantité de liquide céphalo-rachidien s'échappa. Un tout petit drain fut placé dans la plaie et l'amélioration fut encore évidente ; mais les symptômes alarmants reparurent presque immédiatement et l'enfant mourut seize heures après l'opération.

Comme on le voit, le succès n'a pas couronné cette tentative hardie ; mais il faut le dire, les lésions tuberculeuses pardonnent peu et sont toujours accompagnées, quand elles se portent sur les méninges ou sur le cerveau d'une issue fatale.

Si nous jugeons cette dernière intervention au seul point de vue chirurgical, nous dirons qu'elle fait honneur au chirurgien qui l'a pratiquée, mais nous ferons remarquer avec M. Morton, qui revient sur ce sujet dans *The Lancet* du 22 juillet, que c'est une région opératoire bien dangereuse que celle du quatrième ventricule, surtout quand on y maneuvre un instrument et la chose est nécessaire pour arriver jusque dans l'espace sous-arachnoïdien.

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

—

Stérilisation du lait.

M. Legay a mis dans du lait des crachats tuberculeux désséchés et réduits en poudre, et après avoir fait bouillir ce liquide l'a inoculé à des lapins ; il s'est développé au point d'inoculation, des abcès contenant le bacille tuberculeux. L'ébullition du lait, telle qu'elle

---

taine et c'est la marine qui s'est chargée d'en assurer la stricte observance. Nous sommes donc tranquilles du côté de la « Terre de Molène ». Cependant le bruit court qu'un patron de canot qui était allé, avant que l'isolement fût décidé, vendre des fruits dans l'île, en serait revenu chez lui, en un point de la rade que je ne saurais préciser, atteint du choléra et sérieusement atteint.

« J'avais mille choses bien différentes de celles-là à vous conter, mais j'ai pensé qu'aucune ne pourrait vous intétesser davantage. Je vous dirai les autres bientôt, dès que j'aurai l'occasion de tenir ma promesse d'aller vous voir en votre thébaïde.

« Croyez, etc...

« X... »

La place me manque pour ajouter des réflexions personnelles à la lettre qu'on vient de lire, mais je m'en console en songeant que, suivant l'expression à la mode, elle se passe de commentaire.

est pratiquée habituellement, ne suffit donc pas pour le stériliser. On pourrait se servir, dans ce but, de vases en verre à long col; un index marquerait la quantité de lait froid qu'il faut mettre dans le vase et en outre le niveau atteint par le liquide, lorsqu'il a été suffisamment chauffé pour que la stérilisation soit obtenue.

M. Nocard fait remarquer que la « montée du lait » n'équivaut pas à l'ébullition, car ce phénomène se produit à 80°. D'autre part, la vitalité des bacilles contenus dans le lait des vaches tuberculeuses, est moins grande que celle des microorganismes que renferme la poussière de crachats.

La ligue contre la tuberculose.

M. Armaingault fait connaître au Congrès les résultats qu'il a obtenus depuis un an que la ligue contre la tuberculose est instituée. Il a pu faire faire de très nombreuses conférences, distribuer un grand nombre d'instructions et, actuellement, le nombre des adhérents est de 2,103. On a organisé des services de désinfection à Arcachon, à Nice, à Menton, à Hyères et dans d'autres villes où les tuberculeux séjournent l'hiver. Malheureusement, certaines difficultés émanent des médecins eux-mêmes et il en est qui n'ont pas craint de dire que la phtisie n'est pas contagieuse. De plus, les chambres d'hôtel ne sont presque jamais désinfectées. M. Armaingault demande que le Congrès fasse une enquête dans les stations sanitaires au point de vue de la désinfection.

M. Landouzy appuie la proposition de M. Armaingault, mais demande qu'on l'étende. On ne prend aucune précaution, dans les hôtels, quels qu'ils soient, contre la tuberculose, et cependant la désinfection des habitations et des meubles s'impose. Tout le monde, le public aussi bien que les hôteliers, doit être instruit des dangers de la tuberculose.

M. Pluttel fait remarquer que, tandis qu'en médecine vétérinaire la tuberculose est regardée comme une maladie contagieuse, il n'en est pas de même en pathologie hnmaine; c'est là un fait regrettable.

Sanatorium de Leyrin.

M. Lauth fait connaître les bons résultats qu'il a obtenus au Leyrin, en hiver, pour le traitement de la tuberculose par la cure en plein air. Ces résultats sont meilleurs que dans le Midi où les malades sont abandonnés à eux-mêmes.

L'établissement de Leyrin est dans les Alpes, à une hauteur de 1,450 mètres. M. Lauth a pu appliquer toutes les exigences de l'aérothérapie. En plein hiver, les malades passent 10 heures en plein air et couchent la fenêtre grand'ouvertes. Au bout d'un ou deux mois, les malades sont très améliorés et alors on peut recourir au traitement créosoté, qui diminue l'expectoration mais n'a pas d'action antibacillaire. De plus, la créosote ou le gaïacol entretiennent dans le poumon une atmosphère antiseptique qui s'oppose aux injections secondaires.

De l'usage du carbonate de créosote.

M. Chaumier est très partisan de l'usage du carbonate de créosote et du gaïacol; le premier peut se donner en plus grande quantité que la créosote.

En Touraine, il y a un sanatorium où l'on pratique aussi l'aérothérapie; l'établissement est exposé au Midi et on y est à l'abri des grandes chaleurs aussi bien que des grands froids.

L'hospitalisation des tuberculeux

A la suite d'une enquête faite dans les hôpitaux de Paris, M. L.-H. Petit a trouvé que un cinquième des malades étaient des tuberculeux; peu à peu la proportion atteint un tiers. Actuellement l'Assistance publique a décidé de séparer les tuberculeux des autres

malades et de les hospitaliser dans un établissement extra-muros. Les inconvénients de l'admission des tuberculeux dans les salles communes sont très nombreux et un grand nombre de chefs de service, interrogés sur ce point, ont répondu que l'aération devenait difficile pour les autres malades, qu'il y avait contagion possible, que l'alimentation était défectueuse, etc. Presque tous les médecins interrogés ont reconnu que les phtisiques peuvent, dans les hôpitaux actuels, contracter des infections secondaires e que, de plus, ils peuvent être nuisibles aux autres malades.

Se basant sur les résultats de l'enquête qu'il a poursuivie auprès des chefs de service, M. L.-H. Petit demande au Congrès d'émettre le vœu que les tuberculeux soient réunis dans des hôpitaux par groupes, suivant le degré de la maladie ; — que ces hôpitaux soient construits à la campagne ou au bord de la mer ; — que, comme mesure transitoire, les phtisiques soient placés dans des salles spéciales, séparées de celles des autres malades et que l'on devra désinfecter après leur séjour.

Diagnostic et traitement de la prostatite tuberculeuse.

M. Desnos (de Paris) décrit une forme de prostatite tuberculeuse qui, différente de la forme classique à grosses masses rectales, est caractérisée par la présence de noyaux allongés, presque linéaires, occupant exclusivement l'un ou les deux bords latéraux de la glande, à laquelle ils donnent une configuration carrée. Très souvent confondue avec la tuberculose prostatique, cette prostatite en diffère par la localisation des lésions sur les bords latéraux, par l'immunité de la portion centrale de la glande, et par l'absence de lésions des vésicules séminales.

Le traitement de la prostatite tuberculeuse est différent suivant qu'elle s'est développée au cours d'une uréthrite chronique blennorrhagique ou que la tuberculose est primitive. Dans le premier cas, il faut, aussi vite que possible, tarir l'écoulement et employer une médication locale. On évitera le nitrate d'argent, qui peut produire une nécrose partielle de la muqueuse et la mise à nu des tubercules ; par contre, le sublimé donne les meilleurs résultats, soit en instillations, soit en lavages forcés de l'urèthre ; mais ce dernier procédé expose à certains accidents de congestion et d'hématurie qu'il faut surveiller avec soin. Quand la tuberculose est primitive, il vaut mieux éviter tout traitement local, celui-ci pouvant être nuisible et accélérer la marche des lésions. L'hygiène et une médication générale constituent ordinairement tout le traitement, à moins que l'intensité de certains symptômes n'oblige à une intervention directe.

Contre la lésion tuberculeuse elle-même de la prostate, M. Desnos a appliqué à plusieurs reprises la méthode sclérogène de M. Lannelongue. Trois voies conduisent à la prostate : par le rectum, il a obtenu deux fois de bons résultats, chez un troisième malade, un abcès est survenu. Dernièrement, après une taille hypogastrique pour cystite douloureuse, il a pratiqué une injection de chlorure de zinc par la face supérieure de la prostate, et déjà le travail de régression des noyaux s'opère. La voie qui paraît la meilleure, est la voie périnéale suivie d'abord par M. Horteloup, puis par M. Ozenne ; on arrive couche par couche sur la prostate qu'on explore, et on peut, avec beaucoup de précision, injecter les noyaux tuberculeux. Dans tous ces cas, on voit la réaction inflammatoire durer deux ou trois jours, puis de la deuxième à la cinquième semaine les noyaux s'indurent et s'atrophient.

Traitement de la tuberculose testiculaire par les injections de chlorure de zinc.

M. Ozenne a continué ses études sur ce mode de traitement qui lui a toujours donné de bons résultats. MM. Lannelongue, Bourdier (d'Arcachon), Desnos et Coudray ont obtenu des résultats analogues; mais l'injection au 10e est très douloureuse et, dans

deux cas, il y eut des abcès consécutifs, dus probablement à ce qu'il y avait déjà un commencement de ramollissement dans les tissus nécrobiosés quand l'injection a été faite.

Quelques traitements de la tuberculose pulmonaire.

MM. Weil et Diamantberger emploient depuis longtemps les injections de gaïacol pur faites sous la peau à l'aide de la seringue de Roux. Ils préconisent la formule suivante :

Gaïacol pur.. }
Huile d'amandes douces stérilisées à 120° } gr. ââ

On débute par 1/4 de seringue pour arriver progressivement à la dose de 1 et 2 seringues dans les cas où les lésions sont peu marquées, de 6 à 8 s'il y a des cavernes. Le gaïacol s'élimine à la fois par les organes secréteurs, les voies respiratoires et la peau; son seul inconvénient est de provoquer des transpirations abondantes, parfois profuses. Sur 82 malades appartenant à la classe la plus misérable de la population, MM. Weill et Diamantberger ont constaté 62 améliorations, dont 27 guérisons.

M. de la Farrize recommande les injections interstitielles d'huile stérilisée renfermant 10 pour 100 de menthol et 5 pour 100 de créosote. Dans les cas, qui ne sont pas trop avancés, ce mode de traitement a les plus grandes chances de succès.

M. Sandras préconise les inhalations balsamiques, non seulement dans la tuberculose mais dans les bronchites, l'emphysème, etc. Il se fait dans les poumons un véritable enduit antiseptique qui modifie heureusement un grand nombre des maladies de cet organe.

M. Fabre vante l'emploi de l'air surchauffé et chargé de créosote, il arrive dans les poumons à une température de 40 à 45 degrés et améliore considérablement les malades.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 août 1893. — Présidence de M. Le baron Larrey

Après le dépouillement de la correspondance, M. le baron Larrey, doyen d'âge, qui préside en l'absence de MM. Laboulbène et Le Fort, lève la séance de l'Académie en signe de deuil à l'occasion de la mort d'un de ses membres les plus distingués, le professeur Charcot.

M. Cadet de Gassicourt, secrétaire annuel, donne cependant lecture du discours suivant, qu'il a prononcé sur la tombe du Dr Blanche au nom de l'Académie de Médecine.

Messieurs,

C'est au nom de l'Académie de Médecine que je viens, le premier, prononcer quelques mots sur cette tombe. Peut-être un autre de nos collègues aurait-il eu plus de compétence pour juger les travaux scientifiques du Dr Blanche, mais la parole en quelque sorte impersonnelle du secrétaire annuel de l'Académie me paraît être particulièrement autorisée aujourd'hui.

M. Blanche était, en effet, associé libre de notre compagnie et, par là, il n'appartenait à aucune des sections qui classent un médecin dans telle ou telle spécialité. Ce n'était pas l'auteur de recherches spéciales, ce n'était pas l'aliéniste, ce n'était pas le médecin

légiste, c'était l'homme tout entier, si je puis ainsi dire, que l'Académie de Médecine avait élu en 1878. Elle avait ainsi marqué la place qui lui appartenait parmi nous.

Il était de ceux qui, dans le cours de leur vie, ont plus agi que parlé, et dont la juste renommée dépend plutôt des actes que des œuvres. Cependant, quand il se mêlait d'écrire, Blanche le faisait avec une supériorité incontestée. Personne n'a oublié les mémoires lus par lui à la tribune académique : *Sur les homicides accomplis par les aliénés* ; sur *la mélancolie*, et surtout sur la *folie considérée comme cause de divorce.* Si je note ce travail d'un trait particulier, c'est qu'il a été composé expressément pour l'Académie et sollicité par elle. Notre compagnie avait besoin d'être pleinement éclairée pour porter un jugement définitif sur une question aussi grave, et c'est à Blanche qu'elle s'est adressée sans hésitation, montrant ainsi le grand état qu'elle faisait de lui.

Ai-je besoin de rappeler son *étude sur les projets de réforme à la législation des aliénés ?* Elle est dans toutes les mémoires. Quant à ses admirables rapports de médecine légale, on sait de quel poids ils pesaient devant les tribunaux.

Mais notre collègue valait encore mieux que tout cela ; son mérite était indépendant de ses écrits, et même supérieur à eux. Sa réputation, qui était européenne, était surtout due à ses grandes qualités d'homme et de praticien. Il suffisait de le voir une seule fois près d'un aliéné pour le juger. Il déployait alors une souplesse d'esprit, une habileté de parole, une bienveillance communicative de la voix et du regard qui, selon l'expression de Lassègue, fascinaient le malade plutôt qu'ils ne le domptaient. Et le médecin qui assistait à ce merveilleux interrogatoire restait ébloui de la simplicité des moyens et de la perfection du résultat.

Voilà, Messieurs, les qualités maîtresses qui ont acquis au Dr Blanche sa grande réputation et qui nous rendaient fiers de l'avoir pour collègue.

Maintenant, d'autres vont vous dire ce que Blanche était en dehors de l'Académie. Car nous n'avions qu'une part de lui-même ; il en réservait une autre, la meilleure peut-être, à tous les déshérités, ceux de l'intelligence et ceux de la fortune. Au grand jour de l'audience, son autorité respectée sauvait du châtiment les inconscients et les irresponsables ; dans l'ombre discrète de son cabinet, sa générosité sans bornes sauvait de la faim et du désespoir tous ceux qui lui tendaient la main.

Mais je me laisse entraîner et mon dessein a été seulement de vous montrer ce que M. Blanche était au milieu de nous. Je l'y revois encore. Il était là, enfoncé dans son fauteuil, toujours à la même place, avec sa figure douce, son abord accueillant, sa lèvre souriante, son œil spirituel et bon, légèrement voilé ; aimable pour tous, de bon conseil pour chacun. Et, malgré la cruelle maladie qui l'a emporté, il semblait encore si plein de vie, que sa mort nous a tous frappés d'un coup imprévu.

COURRIER

Liste, par ordre alphabétique, des candidats à l'école principale de médecine navale de Bordeaux reconnus admissibles aux épreuves orales à la suite des examens écrits.

1° MÉDECINE. — MM. Abadie-Bayro, Allard, Amans, André, Andrieux, Aquarone, Astier, Bertray, Bireaud, Bouet, Brouilliard, Brunet, Cadet, Caillet, Canceill, Chagnoleau, Charézieux, Chartres, Chauvin, Chaze, Couderc, Cras, Dardenne, Dupuy, Fargier, Féraud, Ferray, Ferris, Fraissinet, Gauducheau, Germain, Gibert, Guilliod, Guillon, Guyot, Isambard, Jeanbrau, Jouvenceau, Laffay, Lartigue, Le Cœur, Leconte, Le Corre, Le Dantec, Le Forestier, Lesmadec, Lenadam, Le Strat, Louarn, Lowitz, Maille, Marmey Martin (G.), Mathis, Mayer, Michel (A.), Michel (Y.), Mul, Paucot, Pichez, Pichou, Porte,

Prouvost, Qnesseveur, Rapin, Regnault, Régnier, Renault, Roubaud, Roux, Sacaze-Badie, Sauzeau de Puyberneau.

École d'application du service de santé colonial. — On parle dans les milieux officiels de fonder une école nouvelle dont le besoin, paraît-il, se fait sentir.

En quittant l'École de médecine navale de Bordeaux, les élèves qui optent pour le service des colonies, séjourneraient une année dans cette future École d'application. Ils y suivraient des cours et des leçons destinés à leur apprendre toutes les questions qui intéressent leur spécialisation.

C'est un vœu caressé depuis longtemps par le chef du corps de santé colonial.

Où serait cette école, à Marseille ? à Paris ? avant de lui nommer une place, il faut obtenir les fonds nécessaires à sa création.

Note lue a la société médico-psychologique dans la séance du 26 juin 1893, par le Dr Auguste Voisin. — Quoique l'*Union médicale* n'ait pas parlé des incidents qui se sont produits lors de l'affaire Valrof, elle ne peut pas ne pas mettre sous les yeux de ses lecteurs cette note qui lui a été adressée :

« Messieurs et chers collègues, je pense devoir m'expliquer devant vous, au sujet d'une note parue dans la presse médicale à propos d'un incident qui s'est passé à la Cour d'assises des Alpes-Maritimes dans l'affaire Valrof, note malveillante à mon endroit, et que je tiens absolument à éclaircir.

« Je dois d'abord vous dire que jamais il n'est entré dans ma pensée de soutenir comme un principe qu'on pouvait délivrer un certificat d'aliénation mentale à fin d'internement, sans avoir observé directement l'individu supposé aliéné; jamais je ne l'ai fait, et mon passé est un garant de l'avenir.

« J'ai dit, il est vrai, à l'audience de la Cour d'assises, qu'après l'étude des rapports des médecins experts commis pour examiner Valrof et sur le vu de leurs constatations, je signerais son internement, mais j'ai été amené à faire cette déclaration par une question insidieuse que m'a posée le procureur de la République, et par cette circonstance que, venant d'affirmer que je considérais l'accusé comme un malade atteint de troubles nervosomentaux dangereux, je ne pouvais pas dire que je ne signerais pas son internement sans détruire, au préjudice de l'accusé, la portée de mon affirmation, sans laisser s'affaiblir, dans l'esprit des jurés, la conviction que je m'étais efforcé jusque-là de leur communiquer.

« J'ai d'ailleurs ajouté, dans le cours de ma déposition, que si je n'avais pas fait l'examen direct de Valrof, c'est que les experts avaient refusé de me le laisser voir.

« En somme, tout ceci ce réduit à un incident d'une audience très mouvementée et passionnée, incident qu'on a démesurément grossi et dénaturé.

« Il me sera permis d'ajouter que je regrette d'avoir vu exploiter, à mes dépens, cet incident d'audience, par ceux-là mêmes que leur expérience professionnelle mettait le mieux à même d'apprécier l'absolue sincérité de mon attitude, et la réponse toute spontanée que j'ai dû faire à la question captieuse qui m'était posée par le procureur de Nice. »

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.



Sommaire

HYGIÈNE

Le pavage en bois pendant les chaleurs de l'été.

Le séjour de Paris n'est pas hygiénique en ce moment, les personnes nerveuses et impressionnables font bien de se soustraire à ces chaleurs équatoriales que la fraîcheur des nuits ne tempère même plus, à ces orages qui ne rafraîchissent l'air que pour quelques heures, à cette atmosphère lourde, humide, électrique, qui rend la respiration si pénible et cause une angoisse douloureuse aux gens sur les nerfs desquels l'électricité atmosphérique agit comme sur un clavier et qui ne peuvent vivre dans une étuve.

Le pavage en bois contribue à rendre cette buée particulièrement désagréable. Je me hâte de dire qu'il constitue un progrès considérable et qu'on peut bien acheter au prix de quelques petits inconvénients. Le pavé de grès n'est plus possible, le macadam demande des réparations fréquentes et coûte cher, il remplit les rues de poussière et de boue suivant la saison et celle-ci vient encombrer les égouts, y gêne la circulation et ensable le lit de la Seine. Le pavage en bois est propre, élégant, il supprime presque complètement le bruit, la boue et la poussière ; le roulage y est d'une douceur remarquable. On le nettoie avec une extrême facilité et quand les rateaux y ont passé, il ressemble à un parquet ; mais ce revêtement constitué par une substance spongieuse, absorbe et conserve les liquides infects répandus sur la voie publique et auxquels la fibre ligneuse ajoute les produits de sa décomposition. Cet inconvénient se fait surtout sentir à l'endroit où stationnent les omnibus et les tramways et où les chevaux s'exonèrent. On sait qu'ils profitent pour cela des moments d'arrêt. Cet arrosage d'une nouvelle espèce se reproduisant à chaque instant, forme de petites mares qui sèchent à peine pendant la nuit et qui infectent le voisinage. On craignait même, dans le principe, qu'il n'en résultât des maladies infectieuses.

Au début, tous les hygiénistes se sont prononcés contre lui. Lors des premiers essais faits à Paris en 1870, rues Richelieu, Croix-des-Petits-Champs et Saint-Georges, Michel Lévy et Fonssagrives exprimèrent la crainte de voir nos rues transformées en marais superficiels par la décomposition de la fibre ligneuse et son mélange avec les ordures de la voie publique. « Il n'est pas impossible, disait Michel Lévy, que sous l'influence des cha-« leurs de l'été, il en résulte un foyer d'intoxication active (1) ».

« Je suis convaincu, ajoutait Fonssagrives, qu'une ville humide et qui « serait entièrement pavée en bois, deviendrait une ville à fièvre de ma-

(1) Michel Lévy, *Traité d'hygiène publique et privée*, 5e édition, t. II, p. 420.

« rais. » (1). Tous deux se félicitaient de l'abandon d'un système qui leur semblait condamné sans retour.

En 1882, lorsque la ville de Paris fit paver en bois la grande avenue des Champs-Elysées, le docteur Vallin fit paraître, dans la *Revue d'hygiène* (2), un important travail sur ce mode de revêtement et, tout en reconnaissant ses avantages, il n'était pas encore complètement rassuré sur ses inconvénients. A la même époque, le professeur Arnould repoussait également le pavage en bois, mais il a depuis changé d'opinion. Il le considére comme supérieur au macadam et au pavage en grès, tout en reconnaissant qu'il n'est pas entièrement inaccessible aux objections (3).

Depuis cette époque, la question a été tranchée par l'expérience. Au 1er janvier 1891 il y en avait 533,900 (4) mètres carrés de construits dans Paris et comme on en établit environ 50,000 mètres par an, il doit y en avoir aujourd'hui plus de 700,000. Partout on réclame ce mode de pavage aux douceurs duquel on s'est habitué, et dans certains endroits les propriétaires riverains consentent pour l'obtenir à participer à la dépense.

L'administration, après expérience, a reconnu les avantages du pavage en bois ; si toutes nos rues et tous nos boulevards n'en sont pas encore revêtus, cela tient uniquement à une question de dépenses qu'il est intéressant d'étudier.

Le pavage en grès tel qu'il existe dans la plupart de nos rues, c'est-à-dire reposant sur du sable, revient à 10 fr. 50, en moyenne, le mètre superficiel; mais depuis longtemps on a reconnu que le pavage construit de cette manière n'offrait qu'une solidité relative, que les lourds véhicules, le passage répété des omnibus l'avaient bientôt déformé et que ces déformations détérioraient les voûtes des égouts, ce qui occasionnait de coûteuses et continuelles réparations.

A la suite de ces observations, l'administration municipale résolut de faire reposer les pavés de grès sur un lit de béton, ce qui leur donne une plus grande résistance, mais ce qui porte, en moyenne, le prix du mètre superficiel de pavage à 15 francs, soit 4 fr. 50 de plus par mètre superficiel que celui sur sable. Dans les mêmes conditions, le pavage en bois revient à 18 fr. 30 par mètre carré; ce prix de revient se décompose comme suit : construction du lit de béton, 4 fr. 50; acquisition des pavés en bois, 12 francs; pose, 1 fr. 80.

L'administration, dans le cas de réfection complète (ce qu'on appelle relevé à bout), décide seule du genre de pavage à employer. Mais les propriétaires riverains peuvent toujours intervenir et demander à n'importe quel moment, en participant aux dépenses, le remplacement du pavage en grès par le pavage en bois.

---

(1) J. B. Fonssagrives, *L'hygiène et l'assainissement des villes*, 2e édition, p. 120.

(2) E. Vallin, Le pavage en bois des Champs-Elysées, *Revue d'hygiène*, 1882, t. IV, p. 1001.

(3) J. Arnould, La voie publique (*Encyclopédie d'hygiène et de Médecine publiques*, t. III, p. 76.

(4) La surface totale de la voie publique à Paris était de 8,728,700 mètres carrés, le pavage en bois n'en occupait donc encore que la seizième partie (Annuaire statistique de la Ville de Paris 1892).

La dépense se partage de la façon la plus équitable et à la satisfaction de chacun.

On n'est pas aussi satisfait en Angleterre de ce mode de revêtement, si l'on en juge du moins par un article du *British médical Journal* intitulé *Wood pavements and Tonsillites.* L'auteur de cette note l'accuse, indépendamment des inconvénients déjà énumérés, de produire une angine tonsillaire spéciale de nature septique qui ne sévit, dit le journal, que dans les quartiers *fashionables* de Londres dans lesquels règne le pavage en bois (1). La *City Press* a également publié un extrait du rapport du docteur Sedgwick Saunders, médecin chargé de la salubrité de la ville de Londres, qui se termine par la conclusion suivante : « Le pavage en bois est le système de revêtement des chaussées le plus anti-hygiénique que l'homme ait créé. »

En France, on n'a rien constaté de semblable et depuis un an que le journal anglais a donné l'éveil, aucun médecin n'a eu l'occasion d'observer cette angine d'une nature si spéciale.

Nulle part on n'a signalé chez nous de maladie nouvelle ; le paludisme ne s'est point implanté dans Paris et tout le monde accepte les petits inconvénients du pavage en bois en considération de ses grands avantages. Ce n'est pas une raison pour ne pas y remédier. Les pluies, l'arrosage et l'usage du rateau nettoient suffisamment la chaussée dans les points ou les chevaux ne séjournent pas, mais il faudrait laver fréquemment à grande eau les endroits où stationnent les omnibus et les tramways et passer immédiatement après le rateau sur la place. Il ne serait pas mauvais non plus de l'arroser ensuite avec un liquide désinfectant.

Le pavage en bois n'est vraisemblablement pas le dernier mot de la question.

En Angleterre, on lui préfère l'asphalte et cela se conçoit. Les chaleurs y sont moins fortes ; les fondations sont mieux bétonnées, le bitume y est de meilleure qualité et ne se ramollit pas au soleil comme chez nous, et puis on n'y laisse pas circuler, dans les rues principales, ces pesantes voitures, ces fardiers, ces omnibus qui défoncent les revêtements les plus solides. On cherche pourtant à y revenir à Paris. On a fait, il y a un an rue des Saints-Pères, un essai qui a peut-être de l'avenir : ce sont des pavés en asphalte comprimé ayant la forme de briques épaisses qu'on pose à plat sur une couche de béton et dont on remplit les interstices avec du goudron de houille.

On n'a pas encore fait en France l'essai du pavage en caoutchouc qui paraît avoir réussi en Allemagne. Un industriel de Linden, M. Busse, l'a introduit dans la ville de Hanovre. Deux rues représentant une surface de 2,500 mètres carrés ont été ainsi revêtues. Le résultat a été si satisfaisant qu'on a renouvelé l'expérience, à Berlin d'abord, puis à Hambourg.

On en dit très grand bien. Il joint, dit-on, l'élasticité du caoutchouc à la résistance du granit. Il est moins glissant que l'asphalte, ne fait pas plus de bruit, résiste mieux à la pluie et au soleil ; mais il doit coûter très cher. Toutefois, c'est un essai que l'hygiène ne peut qu'encourager, comme toutes les tentatives du même genre.

(1) *British medical journal June* 17, n° 1694, p. 1283.

En Angleterre, on a parlé l'an dernier d'un pavage en liège (*cork pavement*). C'est un mélange de liège en poudre grossière et de composés bitumineux qu'on chauffe et qu'on moule en cubes sous de hautes pressions. Ces cubes sont de toutes formes et de toutes dimensions; on les ajuste et on les réunit à l'aide d'un ciment spécial; ils sont toujours secs et constituent un revêtement très éclatant et très élastique. C'est là, du moins, ce qu'affirme l'auteur de l'article du journal anglais qui nous a fait connaître ce nouveau mode de revêtement (1). Enfin, il est, comme l'asphalte, imperméable aux liquides et par conséquent exempt de l'inconvénient que je reprochais au pavage en bois. Tout cela n'est peut-être qu'une réclame d'un industriel anglais, mais, en tout cas, ce système se rapproche considérablement de celui qu'on a essayé dans la rue des Saints-Pères, et dont l'emploi ne s'est pas généralisé.

Tous ces revêtements ne semblent que des expédients transitoires; l'avenir, j'en suis convaincu, appartient au pavage métallique. Le seul argument qu'on ait à lui opposer, c'est qu'il est impraticable pour les chevaux; mais le cheval, comme moyen de traction, est appelé à céder le pas petit à petit aux moteurs mécaniques.

Déjà les omnibus, les tramways et quelques petites voitures sont mis en mouvement par la vapeur et l'électricité; le nombre s'en accroîtra tous les ours; on s'habitue à ce mode de locomotion si rapide et si sûr, et l'on oubliera vite l'animal dangereux et fantasque que d'ingénieux mécanismes auront avantageusement remplacé. Le siècle prochain verra, je n'en doute pas, cette transformation s'accomplir et, dès lors, il n'y aura plus de raison pour ne pas adopter pour nos rues le revêtement métallique que les progrès de l'industrie sauront rendre à la fois solide, élégant et hygiénique.

Nous finissions cet article quand nous lisons dans un journal politique cette note que nous transcrivons textuellement et qui prouve que le pavage métallique va faire ses premiers essais dans la capitale. :

« Le préfet de la Seine vient d'autoriser, avec l'approbation du Conseil municipal, l'inventeur d'un système de pavage métallique dit anti-ornière, à faire, à ses frais, un essai de son invention. Cette expérience va être tentée sur une longueur de trente mètres, dans la voie de tramways du boulevard Sébastopol, entre les rues de Rivoli et Aubry-le-Boucher, et dans la voie pavée en bois rue Saint-Antoine, à droite de l'église protestante. »

Jules Rochard

La chirurgie au Congrès de l'association médicale britannique.

(61e session tenue à Newcastle-sur-Tyne du 1er au 4 août 1893)

On a déjà souvent fait cette remarque bien vraie, qu'une fois les sociétés savantes fermées, le corps médical a encore besoin de discuter et se dirige vers les congrès qui se font de plus en plus nombreux dans toutes les parties du monde.

En France, cette année il y a eu un nombre considérable de ces réunions.

(1) *Cork pavement. (The sanitary Record*, 15 novembre 1892, p. 240. Analysé dans la *Revue d'hygiène*, n° d'avril 1893, t. XV, p 351.)

En Italie, sans le choléra, septembre devait encore rassembler les médecins du globe. Constatons aussi des Congrès en Allemagne et en Angleterre.

Dans ce dernier pays, à la 61e session de l'association médicale britannique, il y a eu en chirurgie plusieurs sujets intéressants de traités et nous allons les analyser rapidement.

Une des premières questions figurant à l'ordre du jour, était la *cure radicale des hernies*, et nous pouvons dire que rien de bien nouveau n'y a été dit. On a cité beaucoup de chiffres. M. Parker (de Liverpool) a apporté une statistique de 291 cas pris en bloc et arrive aux conclusions suivantes :

L'enfance est la période de la vie la plus favorable à la cure radicale des hernies ;

Cette opération permet d'obtenir une guérison durable dans beaucoup de cas de hernie crurale des adultes ; tandis que la hernie ombilicale présente des conditions beaucoup moins favorables à la réussite de l'opération ;

L'opération de la cure radicale convient aussi bien à la hernie étranglée qu'aux cas de hernie non étranglée.

C'est, bien entendu, la hernie inguinale qui donne les meilleurs résultats et M. Parker, fait choix de la méthode de Mac-Even de préférence aux autres procédés. On sait que Mac-Even se sert du sac replié sur lui-même, comme d'un bouchon ; c'est une pratique complètement abandonnée en France, où on sectionne le sac pour détruire les surfaces de glissement et où on s'efforce de refaire l'anneau par des points de suture portant sur les aponévroses, les piliers et même les muscles.

M. Ward Cousins (de Southsea) dit avoir pratiqué 120 opérations de cure radicale chez des enfants dont l'âge variait d'un à sept ans. Dans 80 0/0 d s cas il a obtenu une guérison définitive ; chez 20 0/0 des petits malades, l'opération a dû être répétée. La mortalité a été nulle. M. Butlin est aussi de son avis et estime que les statistiques les plus heureuses se rencontrent chez les enfants.

MM. Pye Smith, Crawford Renton et Harrison prennent aussi part au débat et s'étendent sur des questions de peu d'importance, comme l'association d'un phimosis avec la hernie et comme la suppuration des sutures qui, nous l'espérons pour ces chirurgiens, doit être si rare qu'on ne devrait même pas en parler.

On sait la compétence de M. V. Horsley (de Londres) sur la chirurgie des centres nerveux, aussi a-t-il été très écouté dans sa communication sur *le traitement chirurgical des tumeurs du cerveau*. Il commence par dire que beaucoup de ces tumeurs passent inaperçues, car elles sont difficiles à diagnostiquer; mais il existe cependant des signes qu'il faut connaître et ne pas opérer en l'absence de symptômes nets. Ceux ci, d'après Jackson, sont de deux ordres ; les uns (contractions musculaires, hyperesthésies) sont dus à une irritation fonctionnelle; les autres sont l'affaiblissement, la paralysie progressive motrice et sensitive. Trois symptômes ont reçu le nom de signes cardinaux : ce sont la névrite optique, la céphalalgie et les vomissements. Toutefois, l'absence de l'un ou de plusieurs de ces signes ne constitue pas encore une raison pour s'abstenir.

Une des indications les plus importantes de l'intervention est l'aggravation progressive des symptômes. Le traitement médical ne doit pas être prolongé au delà de six semaines, à moins d'amélioration très manifeste.

Mais il ne faut pas s'adresser à la chirurgie comme à une dernière ressource, car on s'expose à ne plus rencontrer que des lésions trop avancées et incurables.

On ne doit pas oublier que l'opération peut être utile même lorsqu'il est impossible d'extirper la tumeur, car en diminuant la pression intracranienne, on réussit souvent à

faire disparaître les symptômes les plus graves des tumeurs cérébales, tels que la névrite optique, la céphalalgie, les vomissements et les convulsions.

Horsley examine ensuite certains détails de technique opératoire. Quand la pression intra-cranienne, est augmentée la simple pression du trépan peut produire un collapsus cardiaque et dans ce cas il faut se servir d'un instrument spécial qui n'appuie pas comme la couronne de trépan.

Il est bon, pour éviter le *shock* opératoire, de pratiquer l'opération en deux temps : dans le premier, on se borne à ouvrir la cavité cranienne; puis, quelques jours après, on incise la dure-mère et on enlève la tumeur.

Le tamponnement de la plaie cérébrale, recommandé par von Bergmann, peut rendre des services. Ainsi sur un malade opéré par Horsley, malade ayant succombé aux suites de l'extirpation d'une tumeur cérébrale, ce tamponnement aurait été utile. Dans ce cas les vomissements chloroformiques ont amené une hémorrhagie cérébrale; le sang fit irruption dans le ventricule latéral (qui n'était séparé de la tumeur que par une mince cloison de tissu cérébral) et, en pénétrant ensuite dans le troisième et le quatrième ventricules, amena la mort par compression des centres bulbaires.

Notre compatriote M. Samuel Pozzi a pris la parole dans ce centre chirurgical anglais et a traité une question très délicate et très difficile : celle des opérations conservatrices dans *le traitement des affections des annexes de l'utérus.*

Deux méthodes sont applicables : *le traitement indirect* qui s'attaque à l'utérus malade ayant pour but de guérir les trompes en propageant pour ainsi dire la guérison de la muqueuse utérine jusqu'à la muqueuse tubaire. Ce traitement comprend le curettage intra-utérin, la cautérisation par les caustiques ordinaires et par l'électricité. Il le croit utile dans les premières phases de la salpingite catarrhale, mais illusoire dès qu'il s'est formé du pus ou dès que les parois tubaires sont fortement altérées par une inflammation chronique qui les oblitère.

Un autre mode de traitement conservateur est celui qui s'adresse *directement* aux annexes malades, mais sans opération proprement dite : tels sont le massage et les courants électriques appliqués au niveau de ces organes.

Le massage n'est bon que dans les cas très anciens. Par contre, il est dangereux lorsqu'il s'agit de salpingite kystique, parce qu'il peut faire rompre le kyste dans le péritoine. Il est encore dangereux dans les cas de salpingite aiguë, car il peut amener la rupture des vaisseaux. L'électrisation directe des annexes me paraît mériter les mêmes reproches. Encore son action est-elle douteuse; elle agit surtout contre l'élément douleur dans les salpingites chroniques.

Certains chirurgiens proposent, comme mode de traitement conservateur dans les salpingites kystiques, de provoquer l'*évacuation* du liquide par la dilatation de la matrice et de l'orifice ultérin des trompes. M. Pozzi est un adversaire déclaré de cette prétendue prudence, plus dangereuse que l'audace : on court, en effet, le danger de déterminer ainsi une inflammation du péritoine en tiraillant l'utérus et les annexes. On connaît de nombreux accidents de ce genre, dont quelques-uns ont été mortels.

Dans le traitement direct, le chirurgien de Pascal-Lourcine fait rentrer les opérations portant directement sur les ovaires ou les trompes, et consistant à enlever la partie malade tout en respectant la partie saine.

Ces opérations sont de deux sortes, selon qu'elles s'adressent aux trompes ou aux ovaires malades.

La *résection des trompes*, la *formation d'un orifice artificiel* au niveau d'une trompe kystique ou *salpingostomie* a été pratiquée surtout dans les cas d'hydrosalpinx par Martin, Skutsh, etc. Cette opération est peu recommandable. En effet, la trompe n'est pas un conduit inerte; c'est un tube actif par son épithélium vibratile et par ses fibres

musculaires; lorsque ces éléments sont détruits par l'inflammation, la progression de l'ovule ne peut plus avoir lieu. Il vaut mieux exciser les trompes dès que leur pavillon est oblitéré et lorsque leurs parois sont altérées.

Il n'en est pas de même de l'ovaire. Ici, une très petite portion de tissu sain suffit à assurer la fonction de l'organe, car il contient des milliers de follicules de Graaf. On doit donc essayer de conserver cette portion d'organe utile. Il ne faut jamais enlever en totalité un ovaire dont une partie seule est malade, pourvu que la trompe soit saine.

Ce précepte s'applique à toutes les lésions de l'ovaire, sauf celles qu'on peut croire malignes ou encore aux lésions suppurées; là, du reste, la trompe est généralement malade.

On pourra, par l'ignipuncture de l'ovaire, conserver leur fécondité à un très grand nombre de femmes qu'on châtrait pour des douleurs et de la dysménorrhée dépendant d'une maladie de l'ovaire seul, dégénérescence scléro-kystique et ovarite diffuse. Dans le premier cas, on ouvrira les kystes folliculaires avec la pointe du petit couteau du thermocautère et on cautérisera l'intérieur pour détruire la paroi kystique. Dans l'ovarite diffuse, il faudra perforer profondément le tissu ovarien, qui est alors œdématié.

L'ignipuncture, pour M. Pozzi, est souvent préférable à la *résection partielle de l'ovaire*, mais quand on pratique ces opérations, il faut toujours auparavant faire le cathétérisme de la trompe, manœuvre d'une extrême simplicité qui permet de constater sa perméabilité.

Une manœuvre complémentaire à faire dans les cas où la trompe a dû être détachée par la rupture d'adhérences, est la fixation de son pavillon par trois ou quatre points de suture au catgut sur le moignon d'ovaire réséqué ou sur l'ovaire cautérisé. On évite ainsi que le pavillon ne s'égare de nouveau et ne contracte des adhérences qui rendraient illusoire l'opération conservatrice.

C'est ce que M. Pozzi a appelé la *salpingorraphie* ou la *salpingopexie*. Ce chirurgien donne ensuite la statistique de ses opérations conservatrices de l'ovaire.

Il a fait 6 fois la résection et 8 fois l'ignipuncture de l'ovaire. Toutes les opérées ont parfaitement guéri. Chez toutes, soit immédiatement, soit dans la suite, les douleurs ont été abolies ou très diminuées. Chez quelques opérées qui étaient auparavant mal réglées, le flux menstruel est revenu avec plus d'abondance, et ce résultat, qui semble paradoxal, paraît être dû à la grande amélioration de l'état général.

Enfin, une malade est enceinte de trois mois. Elle a été opérée le 22 décembre dernier : douze points profonds d'ignipuncture ont été pratiqués à gauche et onze à droite. Les ovaires avaient l'apparence qu'offre le rein dans le mal de Bright, et présentaient des lésions d'ovarite diffuse. Avant l'opération, la malade éprouvait des douleurs continuelles, qui s'exaspéraient au moment des règles. Ces douleurs ont disparu dès la première menstruation qui a suivi la cautérisation ovarienne.

Parmi les trois malades opérées par l'ignipuncture, il a fait trois fois la fixation de l'utérus ou hystéropexie complémentaire pour porter remède à une rétroversion.

En résumé, M. Pozzi a obtenu un excellent résultat opératoire chez les quatorze femmes à qui il a fait une opération conservatrice de l'ovaire; toutes ont été complètement guéries ou considérablement améliorées Les règles ont continué chez toutes, et l'une d'elles est devenue enceinte; l'expérience de ce chirurgien ne date que d'un peu plus de deux ans, mais ce sont là des résultats très encourageants qui viennent se joindre à ceux de Martin pour pousser les opérateurs dans cette voie conservatrice.

— *Le traitement chirurgical de l'ulcère simple de l'estomac*, au point de vue chirurgical, a fait l'objet d'une communication de M. Haslam ; il en distingue 3 espèces : 1° les ulcères sans adhérences (siégeant d'ordinaire sur la face antérieure de l'estomac);

2° les ulcères avec adhérences aux organes voisins (habituellement sur la face postérieure); 3° les ulcères avec adhérences de l'estomac à un autre organe creux.

Ce sont les premiers qui sont justiciables d'une opération précoce. Il en cite un exemple : celui d'une fille de seize ans, qui était dans le collapsus au moment où on l'examina. Elle vomissait depuis trois mois ses aliments. On fit la laparatomie et on trouva une perforation stomacale. Malgré le drainage du péritoine, la mort eut lieu vingt-quatre heures après par péritonite purulente.

M. Haslam a voulu démontrer par cette observation l'urgence d'une intervention rapide. L'idéal serait de la pratiquer avant toute perforation, car, quand cette perforation date de quelques heures, les chances de guérison sont nulles. En résumé, la difficulté de déterminer exactement l'opportunité d'intervenir résulte des obscurités du diagnostic de la perforation. De là, les insuccès fréquents, plutôt imputables aux difficultés cliniques qu'à l'opération elle-même.

M. Bowreman Jesset (de Londres) s'est occupé du *traitement des cancers inopérables de l'utérus*, et sa méthode est bien voisine de celle employée par beaucoup de chirurgiens français ou étrangers qui se servent de chlorure de zinc pour détruire les bourgeons épithéliomateux; voici la façon dont ce chirurgien procède :

Il pratique d'abord le curettage de l'utérus au moyen d'une curette spéciale munie de lames qu'on peut faire saillir a volonté au moyen d'un pas de vis. Ces lames ne sont pas très tranchantes, et la curette peut être maniée sans danger, sans provoquer d'hémorrhagie.

Le curettage une fois fait, il tamponne la cavité utérine avec des boulettes de coton hydrophile trempées dans une solution saturée de chlorure de zinc, il obture ensuite l'orifice externe de l'utérus avec de la ouate hydrophile sèche et tamponne le vagin avec du coton imbibé d'une solution concentrée de carbonate de soude. Dès le lendemain on peut enlever les tampons vaginaux. Quant au tampon intra-utérin chargé de chlorure de zinc, il doit être laissé en place cinq jours au moins, pendant lesquels il faut faire fréquemment des injections viginales antiseptiques avec un spéculum.

L'escharre produite par le caustique se détache au bout de dix à quinze jours et laisse une surface bourgeonnante. Si l'on trouve sur cette surface quelques endroits suspects, on procède immédiatement à un nouveau tamponnement de la cavité utérine au chlorure de zinc.

M. Bowreman Jesset administre à l'intérieur, à ses malades, du bromure d'arsenic à la dose d'un milligramme et demi répétée trois fois par jour, après les repas.

ACADÉMIE DES SCIENCES

—

Séance du 14 août

Étude sur l'origine microbienne de l'infection purulente chirurgicale

(Note de MM. S. Arloing et Ed. Chantre.)

Il est naturel d'attribuer l'infection purulente chirurgicale (la seule que nous visions dans cette note) à la dissémination dans l'organisme des microbes producteurs habituels de la suppuration; pourtant les observateurs ne sont pas unanimes sur cette question. Deux points appelaient particulièrement de nouvelles études. Nous avons pu les entreprendre, grâce à un accident exceptionnel depuis l'usage des méthodes antiseptiques et aseptiques.

En raison des caractères cliniques qui souvent distinguent une suppuration simple

d'une autre compliquée d'infection purulente, quelques personnes cruient que l'agent pathogène de cette infection n'est pas un microbe pyogène ordinaire.

Le terme septico-pyémie, employé par beaucoup de chirurgiens pour désigner l'infection purulente, laisse supposer que celle-ci ne relève pas exclusivement d'un agent pyogène, mais de l'action combinée de microbes pyogènes et septiques. M. Pasteur, après avoir fait connaître son diplocoque pyogène des eaux communes, en 1878, émit l'idée que le mélange du micrococque au vibrion septique produirait une infection purulente septicémique ou une septicémie purulente, ce dernier jouant le rôle de propagateur pour le premier. Le microscope a plusieurs fois démontré, dans les lésions pyémiques de l'homme, des micrococci et des bacilles ; mais les observateurs ont varié sur l'attribution du rôle principal. Birch-Hirschfeld pense que les micrococci sont plus dangereux que les bactéries. Au contraire, Ranke, Cheyne, frappés de la présence des micrococci dans des plaies traitées antiseptiquement et à marche régulière, accordent le rôle principal aux bacilles.

On doit à Heiberg, Baumgarten, Cornil et Babès des observations où le microbe actif était exclusivement un micrococque Seulement, alors que pour Baumgarten ce micro-organisme serait ordinairement le streptocoque, pour Cornil et Babès, il serait un staphylocoque.

On a donc attribué l'infection purulente chirurgicale, soit à un microbe pyogène spécial, peu probable et que l'on n'a pas encore montré, soit au mélange d'un bacille ou du vibrion septique aux microbes pyogènes ordinaires, soit à l'action pure et simple de l'un de ces derniers.

Les observations de Heiberg, de Baumgarten, de Cornil et Babès et d'autres encore, sans exclure l'existence possible de la septico-pyémie, où la septicémie se présente elle-même comme une complication de la pyémie, établissent qur l'intervention d'un bacille septique n'est pas indispensable à la production de l'infection purulente ; néanmoins, nous étayerons ce fait de nouvelles preuves. Reste à savoir pourquoi les agents pyogènes ordinaires, dont les effets sont si souvent localisés, deviennent aptes à produire des générations redoutables. En 1875, M. Chauveau a montré que tous les pus, même putrides, ne peuvent pas causer d'accidents métastatiques ; douze échantillons de pus seulement sur une centaine ont entraîné expérimentalement l'infection purulente ; les pus ordinaires, peu phlogogènes, faiblement pyogènes, sont presque inaptes à produire l'infection. L'étude de M. Chauveau démontre donc que le pus, ou, comme nous dirions aujourd'hui, l'agent pyogène, a besoin de subir une modification pour devenir infectant, sortir de son foyer et aller créer au loin des lésions métastatiques. Quelle est cette modification ? Faire connaître le résultat de nos investigations sur ce point, tel est le second objet principal de cette communication.

1. *L'adjonction d'un microbe septique aux agents pyogènes n'est pas nécessaire à la genèse de l'infection purulente.* — Nous nous sommes plus spécialement occupés du vibrion septique, dont l'intervention avait été signalée explicitement Des pus de bonne nature et des cultures pures du staphylocoque pyogène ont été inoculés au lapin, dans le sang et sous la peau, isolés ou mélangés au vibrion septique, sans parvenir à créer des foyers métastatiques.

L'un de nous a étudié, en 1881, les lésions de l'infection purulente sur un opéré mort à l'Hôtel Dieu de Lyon. La sérosité purulente des accidents pulmonaires contenait des micrococques isolés, couplés ou caténulaires, et des bacilles plus ou moins allongés. Inoculée sous la peau du lapin et du cobaye, elle fit périr seulement le premier, en provoquant au point d'inoculation un amas purulent riche en micrococques et en bacilles, et un épanchement péritonéal contenant exclusivement des streptocoques. Etant connue la

grande vulnérabilité du cobaye à la septicémie, on peut affirmer que le bacille présent dans les foyers purulents de ce malade n'était pas le vibrion septique.

Enfin dans un cas d'infection purulente naturelle, développé sur le cheval et que nous avons étudié grâce à l'obligeance de M Peuch, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon nous n'avons trouvé que le streptocoque : 1° au sein du foyer primitif développé au voisinage d'une plaie faite pour l'opération de la castration ; 2° dans la sérosité purulente des grandes séreuses ; 3° dans les abcès secondaires occupant les ganglions lymphatiques de l'entrée de la poitrine. La culture du sang, du pus, des sérosités diverses recueillis sur le malade, confirma absolument les examens microscopiques directs.

II. *Les microbes pyogènes doivent revêtir une virulence particulière pour produire l'infection purulente chirurgicale.* — Dans les cas examinés par nous, l'agent pyogène était le streptocoque. Avec le pus du cheval ne renfermant pas d'autres microbes, nous avons provoqué sur le chien des abcès sous-cutanés mortels et, par injection intra-veineuse, des arthrites multiples suppurées. Les cultures de deuxième et troisième générations, récentes, inoculées au lapin de plusieurs manières, ont également déterminé, sur un sujet ou sur un autre, des accidents pyémiques. Le streptocoque pyogène, dans cet exemple, possédait donc à un haut degré l'aptitude à engendrer des lésions purulentes généralisées. L'occasion était excellente pour chercher l'influence à laquelle il devait cette propriété.

Nous savons qu'en telle occurrence, il est inutile de s'attacher à l'abondance des streptocoques dans le foyer primitif, puisque l'infection purulente succède parfois à de très petites inoculations. Force est donc de songer à une modification de la virulence habituelle du microbe, avant ou après son arrivée dans les tissus lésés. Pour l'apprécier, nous avons puisé un terme de comparaison dans les études que l'un de nous avait faites ou vu faire par M. Chauveau sur la septicémie puerpérale.

Ces études ont établi péremptoirement que toutes les formes de l'infection puerpérale sont dues au streptocoque pyogène, agissant tantôt avec un degré de virulence particulier, tantôt avec un autre, et déterminé les caractères de l'infection sur le lapin et le cobaye suivant le mode d'activité du streptocoque.

Or, en inoculant dans le péritoine du lapin le pus du cheval, ou les streptocoques retirés de ce pus par culture, nous avons produit une maladie foudroyante et des lésions semblables à celles que détermine le streptocoque puerpéral quand il atteint son plus haut degré de malignité sur la femme. Les tableaux des inoculations pratiquées par d'autres voies, avec le streptocoque des deux provenances, chez les deux espèces animales susnommées, ont toujours été superposables. Enfin, de même que le streptocoque puerpéral est beaucoup moins dangereux pour le cobaye que pour le lapin, et perd de sa malignité primitive en vieillissant dans les humeurs naturelles ou en passant à travers des cultures successives pour se borner à produire l'érysipèle expérimental, de même fait le streptocoque de l'infection purulente.

De cet exposé, nous tirerons les conclusions suivantes :

1° L'infection purulente chirurgicale a pour agent essentiel les microbes ordinaires de la suppuration (streptocoque dans les cas que nous avons observés);

2° Si des microbes autres que les précédents existent assez souvent dans les lésions, ils compliquent l'infection purulente, mais ne sont pas nécessaires à son développement ;

3° Pour produire l'infection purulente, le streptocoque doit revêtir la virulence qu'il possède dans les formes aiguës et graves de la septicémie puerpérale, et non celle qu'il montre dans le phlegmon simple ou l'érysipèle ;

4° On pressent des rapports étiologiques entre l'infection purulente chirurgicale, la septicémie puerpérale et l'érysipèle, mais on ingore encore où et comment s'opère la ransformation des propriétés pathogènes du streptocoque, qui lui permet de produire talternativement ces divers états cliniques.

COURRIER

Autre legs Boullard. — L'association des médecins du département de la Seine est autorisée à accepter, aux clauses et conditions énoncées, le legs que lui a fait la dame Hédouin, veuve Boullard, d'une somme de 40,000 francs, pour être placée en rentes et dont les arrérages devront servir à venir en aide aux veuves et aux filles des médecins morts sans fortune.

Manœuvres du service de santé. — Les manœuvres d'application du service de santé en campagne auront lieu, cette année, du 10 au 14 octobre pour le gouvernement militaire de Paris et les corps d'armée environnants.

Elles seront dirigées, au point de vue militaire, par le général Tisseyre, chef d'état major du gouverneur militaire de Paris, et, au point de vue professionnel, par le médecin principal Emery-Desbrousses, directeur du service sanitaire du 5e corps d'armée.

Outre les médecins de l'armée, des médecins de la marine, de la réserve et de l'armée territoriale participeront à ces manœuvres.

Officiat et doctorat. — En attendant la circulaire qui doit fixer les officiers de santé sur la date à laquelle ils pourront subir les examens exigés pour devenir docteurs, sur les démarches nécessaires pour arriver à subir ces examens — circulaire que l'administration prépare avec une sage lenteur, — voici les renseignements nouveaux que nous avons pu obtenir :

En ce qui concerne la date à laquelle les examens pourront être subis, il est probable que ce sera à partir du 1er décembre 1893, c'est-à-dire dès que la loi du 30 novembre 1892 sera devenue exécutoire.

La dispense des grades universitaires (baccalauréats ainsi que la transformation des inscriptions d'officiat en inscriptions de doctorat), devra être l'objet d'une demande individuelle, rédigée sur une feuille de papier timbré à 0 fr. 60.

Quant à la question des frais de scolarité, elle n'est pas encore résolue.

Les médecins et chirurgiens de Napoléon Ier. — M. le Dr Fournier cite dans le *Bulletin médical des Vosges*, un curieux extrait d'un volume de M. Maze-Sencier intitulé : *Les Fournisseurs de Napoléon Ier* (librairie Renouard). Au nombre des fournisseurs, l'auteur fait figurer les médecins et chirurgiens.

Napoléon Ier dépensait pour ses médecins, pharmaciens, dentistes, pédicures, 201,700 francs.

Corvisart, premier médecin, touchait 30,000 francs; il avait, en outre, 4,500 francs pour frais de bureau. Hallé, médecin ordinaire, recevait 15,000 francs.

Lanfrancque, Guillouneau, Lerminier, Bayse, tous quatre chargés de l'infirmerie impériale, et faisant le service à tour de rôle, étaient gratifiés chacun de 8,000 francs.

Il y avait en outre quatre médecins consultants, ayant chacun 3,000 francs. C'étaient Malet, Le Pieux, Pinel et Aubry.

Le premier chirurgien, Boyer, touchait 15,000 francs; Yvan, chirurgien ordinaire : 12,000; c'est Yvan qui pansa Napoléon quand il fut blessé à Ratisbonne en 1809. Il

figure (à Versailles), dans le tableau de Gautherot, qui a peint cet épisode de guerre du premier Empire.

Horeau, Vareillage, Lacouenère et Ribes étaient chirurgiens de l'infirmerie impériale. Comme les médecins, ils faisaient leur service par quartier et touchaient chacun 6,000 francs.

Jouan, chirurgien-adjoint et en survivance : « 6,000 francs; » Napoléon, qui habitait souvent Saint-Cloud, y avait également un chirurgien : Lassoujade, 4,500 francs.

Chaque chirurgien consultant avait 3,000 francs; c'étaient Pelletan, Perey, Sabatier et Dubois.

Dubois accoucha l'impératrice Marie-Louise. L'accouchement fut long et laborieux, aussi Dubois inquiet fit part à l'Empereur de ses appréhensions. « Faites comme si vous aviez affaire à une bourgeoise de la rue Saint-Denis; surtout, Dubois, sauvez la mère », lui répondit-il.

Mère et enfant furent sauvés. L'Empereur fit dire à Dubois par Corvisart qu'il était dans le ravissement et qu'il voulait savoir ce qu'il désirait pour sa récompense : « Dis à l'Empereur, répondit-il, que je désire beaucoup d'honneurs et beaucoup d'argent ». Pas dégoûté l'accoucheur Dubois! Il fut créé baron et empocha 100,000 francs.

Puis, venaient un chirurgien-dentiste avec 6,000 francs; un chirurgien-pédicure : 2,400 francs; le bandagiste est là, pour la forme, car il n'est pas appointé.

Les pharmaciens, au nombre de sept (dont un à Saint-Cloud), recevaient 23,000 fr.

Napoléon ne croyait guère à l'efficacité de la médecine, sauf dans quelques cas rares, dont il comparait le traitement aux maximes de Vauban pour les sièges réguliers.

Il en discutait souvent, dit M. Maze-Sencier, avec Corvisart. Celui-ci — en bon courtisan — finissait toujours par être de l'avis du souverain. Cependant, c'était Corvisart qui avait guéri Bonaparte d'une gale attrapée au siège de Toulon.

Donation. — Mme J.-B. Perret, veuve de l'ancien sénateur du Rhône, vient de donner de son vivant deux millions aux hospices civils de Lyon pour l'établissement d'un hôpital d'enfants débiles et convalescents.

Cet hôpital, qui n'aura que 100 lits, sera construit près Lyon, dans le clos de l'hospice des convalescents de Sainte-Eugénie.

Cinq cent mille francs seront affectés à la construction de l'asile, et les intérêts du restant de la somme serviront aux frais d'entretien.

Écoles supérieures de pharmacie. — Par arrêté ministériel, des concours s'ouvriront à Paris en 1894 pour sept places d'agrégés dans les écoles supérieures de pharmacie, à répartir entre les écoles de Paris, de Montpellier et de Nancy. Pour celle de Montpellier, chimie et toxicologie, une place; histoire naturelle, une ; pharmacie, une.

Une femme de poids. — Il vient de mourir dans le Warwickshire, dans sa 60e année, lady Wheler, la femme la plus lourde connue jusqu'ici : elle pesait 546 livres. Il a fallu douze hommes pour porter son cercueil.

Mission scientifique. — M. le docteur Gabriel Maurange (de Paris) est chargé d'une mission scientifique en Allemagne, à l'effet d'y étudier les progrès de la chirurgie et de poursuivre des recherches sur les tuberculoses chirurgicales.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Hôpital Saint-Louis. — M. le Docteur Georges Thibierge, suppléant M. le Docteur Besnier.

DE L'IMPÉTIGO

Messieurs,

On donne le nom d'impétigo à une affection cutanée caractérisée par le développement de vésico-pustules à évolution rapide dont le contenu se concrète en croûtes jaunâtres d'aspect caractéristique.

Les vésico-pustules sont précédées par des taches rouges, légèrement saillantes, de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un pois, taches arrondies, ou allongées, ou irrégulières.

Sur ces taches, ne tardent pas à se développer des vésicules, dont le contenu, d'abord clair et transparent, se trouble; les vésicules prennent alors une teinte légèrement jaunâtre ou grisâtre; mais cette teinte tranche peu sur celle des téguments, de sorte qu'on a souvent quelque peine à constater la présence de ces éléments à la surface de la peau, et que l'élément initial de l'impétigo passe facilement et fréquemment inaperçu. D'ailleurs ces vésicules, dont le volume atteint au maximum celui d'un pois et lui est souvent inférieur, ont une paroi mince et transparente, qui se rompt facilement. Aussi leur durée est-elle très éphémère et l'impétigo se manifeste-t-il plus souvent par les lésions qui leur succèdent, que par la présence des vésico-pustules elles-mêmes.

Le liquide contenu dans les vésico-pustules parvenues à leur période de maturation, a une coloration jaune ambrée ; après la rupture de la vésicule, il se concrète en croûtes jaunâtres, couleur de miel ou un peu verdâtres, le plus ordinairement dorées; ces croûtes, connues sous le nom de *croûtes mélicériques*, en raison de leur coloration, sont caractéristiques et à peu près pathognomoniques de l'impétigo ; ce sont elles auxquelles on a encore donné le nom de croûtes de lait, en raison de certaines idées populaires sur le rôle de la nourriture lactée dans leur production. Elles sont humides friables, beaucoup moins résistantes que les croûtes sèches et grisâtres de l'ecthyma ; elles sont, de plus, grasses au toucher et graissent le papier sur lequel on les dépose. Leurs bords sont nettement arrêtés ; elles sont entourées le plus souvent d'une zone rouge plus ou moins large.

Les vésico-pustules de l'impétigo se développant généralement en nombre plus ou moins considérable dans une région donnée, les croûtes qui succèdent à plusieurs d'entre elles, situées au voisinage les unes des autres, se réunissent de façon à former une croûte jaune plus ou moins large, de forme irrégulière, inégale à sa surface.

En outre, comme les éléments primitifs de la maladie évoluent rapide-

ment et ne sont pas tous contemporains, il est ordinaire de rencontrer, en des points voisins, des éléments à des périodes très variables de leur développement et de voir, à côté de croûtes plus ou moins larges, des vésicules encore claires ou déjà en voie de transformation pustuleuse.

Les symptômes fonctionnels qui accompagnent l'impétigo sont généralement très peu prononcés ; le prurit est le plus souvent nul, en tous cas toujours modéré.

Les suites de l'impétigo sont très simples : la chute des croûtes laisse une surface rouge, exulcérée, sécrétant une petite quantité de liquide jaunâtre et collant, qui se coagule pour former une nouvelle croûte ; puis bientôt il se forme sur la surface malade des squames grises peu épaisses et la réparation se fait complètement *sans la moindre cicatrice*.

L'impétigo peut se développer sur toute la surface cutanée. Il offre cependant certains sièges de prédilection. En premier lieu la face, sur laquelle il peut se développer tout aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Chez les hommes adultes, ses pustules sont souvent développées autour d'un poil de barbe ; chez les enfants, il occupe souvent le voisinage des commissures labiales et les joues, sur lesquelles ses lésions sont agglomérées en forme de placards plus ou moins étendus ; parfois ces placards représentent une sorte de masque recouvrant une partie du visage, d'où le nom d'*impetigo larvalis* donné à ces faits par les anciens auteurs.

Le cuir chevelu et la nuque sont fréquemment le siège de l'impétigo ; cette localisation est presque toujours due à la présence de pous de tête ; l'irritation produite par le parasite et les grattages qu'elle entraîne provoquent l'inoculation, dans les couches épidermiques, des microbes pyogènes qui existent constamment à la surface de la peau et sous les ongles ; les générations de pustules se succèdent les unes aux autres, toujours par le mécanisme de l'inoculation provoquée par le grattage.

Aux membres, les mains sont presque seules atteintes et les membres inférieurs sont presque toujours respectés.

Les muqueuses peuvent être, comme le tégument externe, le siège de l'impétigo. Mais, comme pour toutes les lésions vésiculeuses et bulleuses des muqueuses, et en raison de l'humidité de ces surfaces, il ne se développe pas de croûtes, de sorte que le caractère essentiel de l'impétigo cutané fait ici défaut. Aux vésicules initiales, arrondies, du volume d'une lentille environ, le plus souvent blanchâtres, succède après leur rupture un soulèvement circulaire de l'épiderme dont la coloration blanchâtre lui donne un aspect pseudo-membraneux. Il n'est pas rare de voir des ulcérations arrondies, de petites dimensions, rappelant à la fois les aphthes et les lésions diphthériques se développer sur la muqueuse buccale : ces lésions siègent, le plus souvent, sur les lèvres ; on peut encore les observer sur les gencives et sur la voûte palatine, plus rarement sur la langue ou le voile du palais. L'absence de fausses membranes véritables à la surface de ces lésions, l'absence ou le peu de développement des adénopathies, l'évolution rapide et la coexistence avec les lésions cutanées de l'impétigo permettent de distinguer facilement de la stomatite diphthérique et la stomatite pseudo-membraneuse cette variété intéressante de stomatite sur laquelle MM. Sevestre et Comby ont récemment rappelé l'attention et à laquelle

M. Poulain, élève de M. Sevestre, a consacré l'an dernier une très bonne thèse.

Plus rarement, l'impétigo peut donner lieu à des lésions analogues de la muqueuse conjonctivale ou de la muqueuse vaginale.

L'impétigo est une affection bénigne, évoluant rapidement, disparaissant sans laisser de traces. Cependant, on a cité quelques exemples de lésions viscérales consécutives à cette dermatose, en particulier des néphrites dues, selon toute vraisemblance, à l'introduction de germes septiques à la faveur de l'altération cutanée, suivant le mécanisme indiqué par M. Augagneur.

Au lieu de rester à l'état de pureté et de simplicité, l'impétigo peut s'accompagner, et en réalité s'accompagne très fréquemment chez les enfants, d'autres lésions suppuratives des téguments et des tissus sous-cutanés : ecthyma, furoncles, tournioles, abcès sous-épidermiques et hypodermiques, conjonctivites purulentes, etc. Ces lésions peuvent être l'origine des inoculations intra-épidermiques de microbes pyogènes qui se traduisent par le développement de l'impétigo ; elles peuvent aussi, inversement, être consécutives à l'impétigo ou succéder comme lui à l'inoculation de microbes pyogènes provenant d'une autre source. Elles donnent lieu à un ensemble de manifestations, relevant toutes d'une pathogénie unique, mais différentes dans leur aspect extérieur, multiformes en un mot.

Il est peu de dermatoses aussi faciles à reconnaître que l'impétigo : l'apparence extérieure de ses lésions, la coloration spéciale des croûtes, la possibilité de retrouver dans certains cas la vésicule initiale, l'évolution rapide de la maladie ne permettent guère l'hésitation.

Les pustules de l'*ecthyma* sont plus larges, plus manifestement purulentes ; elles ne sont pas suivies de la formation de croûtes jaunes.

Des croûtes jaunes, très analogues à celles de l'impétigo, succèdent quelquefois aux vésicules d'*herpès ;* mais les groupes d'herpès sont toujours peu nombreux, irréguliers, ils se développent en peu de jours, puis il cesse de s'en produire de nouveaux.

L'affection à laquelle Kaposi a doné le nom d'*impetigo herpétiforme* n'a rien à voir avec l'impetigo : il s'agit d'une dermatose rare, constituée par des pustules miliaires, à contenu opaque au jaune verdâtre, entourées d'une auréole rouge, se produisant chez les femmes enceintes, accompagnée d'un état général grave et se terminant presque constamment par la mort.

L'*eczéma* peut également s'accompagner de la production de croûtes jaunes, impétiginiformes ; mais ces croûtes sont plus brillantes, d'un jaune plus pur que celles de l'impétigo, moins larges qu'elles ou, au contraire, réunies en larges placards arrondis ; les vésicules qui les accompagnent sont moins volumineuses que celles de l'impétigo et très souvent on rencontre sur les parties voisines des squames plus ou moins épaisses et adhérentes ; enfin ces lésions durent depuis des semaines ou même des mois et leur inoculation au sujet qui en est porteur n'est pas suivie de la reproduction de lésions semblables.

Ces eczémas impétiginiformes ont été longtemps désignés sous le nom d'eczéma impétigineux, dénomination défectueuse, car l'eczéma et l'impétigo sont deux affections très différentes ; l'une d'une durée très courte et d'un traitement facile et n'ayant pas de tendance spontanée à récidiver, l'autre

longue, souvent difficile à guérir, récidivant d'une façon désespérante.

L'eczéma peut se compliquer accidentellement d'impétigo : en pareil cas, les croûtes jaunes, melliformes, n'occupent qu'une partie du placard eczémateux, elles ont une forme arrondie, sont bien limitées, ont une coloration exactement semblable à celle des croûtes d'impétigo vulgaire; on voit parfois dans leur voisinage des vésicules et des bulles ayant les mêmes caractères que dans l'impétigo; l'inoculation des croûtes sur des parties saines des téguments reproduit des pustules typiques d'impétigo; enfin ces croûtes disparaissent rapidement sous l'influence des traitements anodins de l'impétigo et il ne s'en reproduit plus de semblables, tandis que les lésions eczémateuses adjacentes persistent. L'épreuve thérapeutique permet donc facilement de distinguer ces faits de l'impétigo vulgaire et cette distinction, vous le voyez, est d'une grande importance pratique, il ne s'agit pas seulement ici d'une question de théorie, d'une subtilité dermatologique, mais d'une question de pronostic.

De même que l'eczéma, le *lupus* peut être infecté par l'impétigo, dont les vésicopustules se superposent à lui et produisent à sa surface des croûtes ou des érosions qui en facilitent l'ulcération : la longue durée de la maladie primitive, sur laquelle les éléments pustuleux se sont développés en peu de temps, suffit à faire voir qu'il ne s'agit pas purement et simplement d'impétigo; c'est à cette combinaison des deux lésions qu'on a donné le nom d'impétigo rodens.

L'impétigo peut s'observer à tout âge.

Chez l'enfant, la structure particulière du tégument, et le lymphatisme fréquent à cette période de l'existence favorisent probablement son développement, mais ces conditions ne sont pas suffisantes pour le produire à elles seules et on ne peut faire de cette affection une manifestation de la scrofule, comme le voulait Bazin; en outre et surtout, les occasions de contagion sont plus fréquentes, aussi la maladie se développe-t-elle plus souvent à cette période de la vie.

La contagion de l'impétigo est évidente dans nombre de cas; la transmission des enfants aux parents ou à leur nourrice et réciproquement, la transmission d'un enfant à un autre comme on la voit fréquemment se faire dans les écoles et les salles d'asile, où l'on peut observer de véritables épidémies d'impétigo, le siège des lésions dans les points où s'exerçent habituellement les contacts (le visage, chez les enfants, les seins chez les nourrices) en font suffisamment foi. L'inoculation, en reproduisant des lésions semblables, soit sur le sujet atteint d'impétigo, soit sur un sujet sain, confirme d'ailleurs cette donnée d'observation.

La contagion est pas comme on l'a cru, l'attribut d'une forme spéciale d'impétigo, mais peut s'observer dans tous les cas de cette maladie : l'affection à laquelle T. Fox a donné le nom d'*impetigo contagiosa* n'est qu'une variété d'impétigo caractérisée par les dimensions plus considérables de ses éléments, mais ne mérite pas d'être élevée au rang d'espèce morbide distincte.

La transmission de l'impétigo est favorisée par le grattage, par la présence d'excoriations, par des traumatismes superficiels, tels que la

vaccination, en un mot par toutes les causes qui mettent à nu la couche de Malpighi.

L'affection que, dans l'âge adulte, on a décrite sous le nom d'*impetigo a potu* est caractérisée par la production de croûtes jaunes, généralement plus sèches, d'un jaune plus franc que dans l'impétigo, formant des placards généralement étendus sur les diverses régions de la face ; elle se développe un ou deux jours après un excès de boisson ; les vésico-pustules sont moins nettes que dans les formes vulgaires d'impétigo, les croûtes moins larges, la guérison moins rapide et moins facile que celle de l'impétigo, quoique la poussée mette moins de temps à se produire. Il s'agit manifestement ici d'une dermatose à début brusque dans laquelle l'intoxication d'origine gastrique, provoquée par des troubles du fonctionnement de l'estomac, dus eux-mêmes à un excès alcoolique, joue un rôle important et contre laquelle on doit lutter par l'administration d'un purgatif et des antiseptiques intestinaux, et il faudrait des recherches comparatives et des inoculations pour prouver définitivement qu'on doive y voir, comme dans l'impétigo, une lésion de la peau provoquée de dehors en dedans par des agents pyogènes.

Lésion plus superficielle que l'ecthyma, l'impétigo peut être comme lui produit par des microorganismes pyogènes divers, les staphylococcus aureus, cireus, albus, provenant le plus souvent soit d'une pustule d'impétigo antérieurement développée sur le même sujet ou sur celui qui l'a contagionné, soit d'une autre lésion suppurative telle qu'une tourniole, une pustule d'ecthyma dans la gale, par exemple, une otite, un vésicatoire, une plaie ou une écorchure infectée accidentellement.

En résumé, sa pathogénie se rapproche beaucoup de celle de l'ecthyma ; il en diffère cependant par sa gravité moindre, l'absence de tendance ulcéreuse, sa guérison plus facile, enfin par ce fait que l'inoculation du pus de l'impétigo reproduit des vésico-pustules d'impétigo et non des pustules d'ecthyma.

Le traitement de l'impétigo est des plus simples.

Le traitement reconstituant, huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, sirop antiscorbutique, peut être utile chez les enfants lymphatiques ; mais il s'adresse au tempérament du malade bien plutôt qu'à la maladie, contre laquelle il n'a le plus souvent pas d'effet appréciable.

Un traitement local suffit à guérir rapidement l'impétigo.

Il est indispensable de faire tomber les croûtes au moyen d'applications émollientes : cataplasmes de fécule de pommes de terre ou de poudre de graine de lin déshuilée, préparés autant que possible à l'eau boriquée, pulvérisations à l'eau tiède simple ou boriquée, enveloppement avec des compresses de tarlatane imbibées d'eau boriquée, d'infusion de camomille ou même simplement d'eau bouillie.

Une fois les croûtes tombées, on doit appliquer sur les surfaces que leur chute laisse à nu des pommades antiseptiques légères ou des emplâtres occlusifs : emplâtre de Vigo, emplâtre rouge de E. Vidal, mais il faut savoir que ces emplâtres sont quelquefois irritants, surtout chez les enfants, et qu'on est parfois obligé d'en cesser l'usage.

Les pommades qui méritent le plus d'être employées contre l'impétigo sont les suivantes :

Vaseline.	30 grammes
Acide borique.	3 —

ou :

Vaseline.	30 —
Acide borique	2 —
Oxyde de zinc.	2 —
Acide salicylique.	50 centigrammes

M. Besnier emploie fréquemment la pommade suivante, qu'il fait appliquer sur de petits carrés de linge avec lesquels on recouvre les surfaces malades :

Emplâtre de Vigo.	} ââ 15 grammes
Vaseline	

M. Dubreuilh a préconisé la pommade suivante :

Vaseline.	} ââ 12 —
Axonge	
Oxyde de zinc	5 grammes
Acide salicylique.	0 50 centigrammes
Acétate de plomb cristallisé.	0 25 —

Vidal recommandait la pommade suivante :

Cérat	20 grammes
Précipité jaune.	0 50 centigrammes
Huile de cade.	1 gramme

On a encore proposé de toucher chacun des points occupés par les croûtes avec un pinceau trempé dans l'huile de cade. L'odeur de cette substance est trop désagréable pour qu'on doive la recommander dans le traitement d'une affection aussi facile à guérir par des procédés plus simples.

Le traitement régulier des sujets malades est le meilleur moyen de prophylaxie de l'impétigo. Dans les agglomérations d'enfants, lorsque les sujets atteints sont en grand nombre, on devra veiller particulièrement à ce que toutes les lésions des parties découvertes soient oblitérées au moyen d'un emplâtre occlusif, et ceux chez lesquels les lésions sont très étendues doivent être éloignés jusqu'à guérison complète.

La maladie des peigneurs de chanvre

Le chanvre est parmi les plantes textiles celle dont la manipulation est la plus dangereuse pour ceux qui s'y livrent. Il renferme, en effet, un principe toxique dont les propriétés ont surtout été bien étudiées dans une de ses variétés le *cannabis indica* ou *haschisch*. Les inconvénients causés par le rouillage sont connus depuis très longtemps, convenablement décrits et appréciés dans tous les ouvrages d'hygiène et notamment dans l'*Hygiène rurale*, de M. Drouineau.

Quant à ses effets sur les ouvriers qui le peignent ils sont moins connus, quoique signalés depuis longtemps.

Dans les prisons maritimes, pour occuper les détenus, on leur donne de vieux cordages à convertir en étoupe. De tout temps on a reconnu que ce travail, accompli dans des cellules étroites et mal aérées, avait une fâcheuse influence sur la santé des prisonniers et on les en dispense lorsqu'on voit survenir chez eux de la toux ou de l'irritation des conjonctives.

M. Layet dans son hygiène industrielle (*Encyclopédie d'hygiène*, t. VI, p. 302) au chapitre des Nosoconioses, ou maladies causées par les poussières, étudie les affections propres aux *teilleurs* et *peigneurs* de *chanvre*, en particulier la *bronchorrhée* professionnelle dont ils sont atteints.

Pour lui, l'action des poussières de chanvre est purement mécanique, elle ne détermine pas de pneumonie soit scléreuse, soit ulcéreuse, elle ne s'exerce que sur les bronches, qu'elle irrite.

Elle excite leur sécrétion, s'agglutine à leur produit, et provoque, pour l'expulsion de ce corps irritant, des efforts de toux très prolongés. Cette cause, persistant pendant des années, les sécrétions s'exagèrent, les bronches perdent leur activité, se dilatent, et il en résulte une affection caractérisée par une expectoration abondante de mucosités visqueuses, des accès fréquents de toux et à la longue de l'emphysème et de la bronchorrée.

Tel n'est pas l'avis de M. le docteur Louis Salomon. Il vient de soutenir une opinion opposée dans sa thèse pour le doctorat (1). M. Salomon, que nous félicitons vivement de donner le bon exemple, en choisissant une question d'hygiène pour son sujet de thèse, a recueilli ses observations dans les deux filatures de chanvre d'Yvré-l'Evêque et de Champagné, dont il est le médecin. Il a recueilli douze observations qu'il reproduit avec des photographies à l'appui.

Sa thèse est un travail complet sur le sujet. Il y étudie le chanvre sous toutes ses faces; expose son action physiologique, l'analogie qu'elle présente avec celle du *cannabis indica* et aborde enfin la description de l'intoxication cannabienne chez les ouvriers.

C'est le seul point de sa thèse sur lequel nous nous arrêterons.

« Le peigneur de chanvre, dit-il, a une physionomie particulière si bien caractérisée, que les habitants du pays ne s'y trompent pas et reconnaissent très bien sa profession en le voyant passer. On est frappé par son teint terreux, la coloration brune de sa peau, l'amaigrissement de ses traits, son dos voûté, ses épaules en avant, sa poitrine bombée en haut aplatie en bas, ses membres grêles, son ventre rétracté. Ce dernier caractère est le plus important. »

Ce qui impressionne surtout, c'est l'atrophie extrême de tous les tissus. Elle ne se produit qu'à la longue et les signes précédemment énumérés sont ceux de l'intoxication chronique; mais cette intoxication peut se produire sous la forme aiguë. Dans ce cas, elle a quelque ressemblance avec un accès de fièvre intermittente.

L'intoxication aiguë est sans gravité, l'empoisonnement chronique lui-même en offre moins que ne pourrait le faire penser l'état de dépérissement dans lequel il plonge les ouvriers.

(1) Louis Salomon. Essai sur une intoxication aiguë et chronique observée chez les peigneurs de chanvre. Thèse de Paris, 1893.

Le traitement est surtout prophylactique ; il consiste dans la ventilation énergique des ateliers, qui seule peut entraîner les poussières au moment de leur production. M. Salomon propose de donner aux ouvriers un masque dont il a dessiné le modèle et qui ressemble à une lanterne dans laquelle serait enfermée la tête de l'ouvrier.

L'hygiène des Ecoles

Sur l'avis du Conseil supérieur de l'instruction publique, le ministre de l'instruction publique vient de prendre l'arrêté suivant, relatif à l'hygiène des écoles.

Article premier. — Les prescriptions hygiéniques à prendre dans les écoles primaires publiques pour prévenir et combattre les épidémies sont fixées dans tous les départements par arrêté du préfet.

Art. 2. — Elles sont rédigées d'après les indications contenues dans le règlement modèle ci-annexé.

Voici ce modèle :

1° Mesures générales a prendre pour éviter l'éclosion des maladies contagieuses

Article premier. — Les écoles doivent être pourvues d'eau pure (eau de source, eau filtrée ou bouillie). L'eau pure seule sera mise à la disposition des élèves.

Art. 2. — Les cabinets d'aisances des écoles ne doivent pas communiquer directement avec les classes.

Les fosses doivent être étanches et le plus possible éloignées des puits.

Art. 3. — Pendant la durée des récréations et le soir après le départ des élèves, les classes doivent être aérées par l'ouverture de toutes les fenêtres.

Art. 4. — Le nettoyage du sol ne doit pas être fait à sec par le balayage, mais au moyen d'un linge ou d'une éponge mouillée promenée sur le sol.

Art. 5. — Hebdomadairement, il est fait un lavage du sol à grande eau et avec un liquide antiseptique. — Un lavage analogue des parois doit être fait au moins deux fois par an, notamment aux vacances de Pâques et aux grandes vacances

Art. 6. — La propreté de l'enfant est surveillée à son arrivée. Chaque enfant doit se laver les mains au lavabo avant la rentrée en classe après chaque récréation.

2° Mesures générales a prendre en présence d'une maladie contagieuse

Art. 7. — Le licenciement de l'école ne doit être prononcé que dans les cas spécifiés à l'article 14. Auparavant l'on doit recourir aux évictions successives et employer les mesures de désinfection prescrites ci-après.

Art. 8. — Tout enfant atteint de fièvre doit être immédiatement éloigné de l'école ou envoyé à l'infirmerie dans le cas d'un internat.

Art. 9. — Tout enfant atteint d'une maladie contagieuse confirmée doit être éloigné de l'école et, sur l'avis du médecin chargé de l'inspection, cette éviction peut s'étendre aux frères et sœurs dudit enfant ou même à tous les enfants habitant la même maison.

Art. 10. — La désinfection de la classe est faite soit dans l'entreclasse, soit le soir après le départ des élèves.

Elle comprend :

Le lavage de la classe (sol et parois) avec une solution antiseptique.

La désinfection par pulvérisation des cartes et objets scolaires appendus au mur.

La désinfection par lavages des tables, bancs, meubles, etc.

La désinfection complète du pupitre de l'élève malade. La destruction par le feu des

livres, cahiers, etc., de l'élève malade et des jouets ou objets qui auraient pu être contaminés dans les écoles maternelles.

Art. 11. — Il est adressé à la famille de chaque enfant atteint d'une affection contagieuse une instruction sur les précautions à prendre contre les contagions possibles et sur la nécessité de ne renvoyer l'enfant qu'après qu'il aura été baigné ou lavé plusieurs fois au savon et que tous ses habits auront subi, soit la désinfection, soit un lavage complet à l'eau bouillante.

Art. 12. — Les enfants qui ont été malades ne rentreront à l'école qu'avec un certificat médical et après qu'il se sera écoulé, depuis le début de la maladie une période de temps égale à celle prescrite par les instructions de l'Académie de médecine.

Art. 13. — Dans le cas où le licenciement est reconnu nécessaire, il est envoyé à chaque famille, au moment du licenciement, un exemplaire de l'instruction relative à la maladie épidémique qui l'aura nécessité.

3° Mesures particulières a prendre pour chaque maladie contagieuse

Art. 14. — Sur l'avis du médecin inspecteur, les mesures suivantes doivent être prises, conformément aux indications contenues dans le rapport adopté par le comité consultatif d'hygiène annexé, lorsque les maladies ci-dessous désignées sévissent dans une école ;

Variole. — Eviction des enfants malades (durée : 40 jours). — Destruction de leurs livres et cahiers. — Désinfection générale. — Revaccination de tous les maîtres et élèves.

Scarlatine. — Eviction des enfants malades (durée ; 40 jours). — Destruction de leurs livres et cahiers. — Désinfection générale. — Licenciement si plusieurs cas se produisent en quelques jours malgré toutes précautions.

Rougeole. — Eviction des enfants malades (durée : 16 jours). — Destruction de leurs livres et cahiers. — Au besoin licenciement des enfants au-dessous de six ans.

Varicelle. — Evictions successives des malades.

Oreillons. — Evictions successives de chacun des malades (durée : 10 jours).

Diphtérie. — Eviction des malades (durée : 40 jours). — Destruction des livres, des cahiers, des jouets et objets qui ont pu être contaminés. — Désinfections successives.

Coqueluche. — Evictions successivos (durée : trois semaines).

Teignes et pelade. — Evictions successives. — Retour après traitement et avec pansement méthodique.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 août 1893. — Présidence de M. Le Fort

Manifestations nerveuses du typhus exanthématique

M. de Brun (de Beyrouth) : Le nombre considérable de malades que j'ai observés pendant l'épidémie de typhus qui a sévi à Beyrouth pendant les trois premiers mois de l'année 1893 m'a permis d'étudier les caractères cliniques de l'affection.

Peut-être ne sera-t-il pas sans intérêt de les comparer à ceux qu'a présentés tout récemment le typhus en France. Je ne parlerai aujourd'hui que des manifestations nerveuses.

En tête il faut placer le *céphalalgie*, qui existe chez presque tous les malades et qui, chez quelques-uns, persiste pendant tout le cours de l'affection avec une violence peu

commune. Elle peut survivre à la défervescence, et dans quelques cas elle poursuivait encore le patient 15 jours après la chute de la température.

Le *vertige* est encore plus constant et en quelque sorte plus caractéristique. S'exagérant beaucoup quand le malade se lève, il le tourmente surtout au moment de la convalescence, l'empêchant de marcher et de travailler. Je l'ai vu persister 41 jours après le début de la maladie et 25 jours après la défervescence avec une intensité telle que le malheureux patient était dans l'impossibilité de se tenir debout sans risquer d'être précipité par terre.

L'insomnie, très fréquente, peut durer 8 à 12 jours sans que le malade puisse trouver un quart d'heure de sommeil. Les narcotiques restent en général impuissants.

La *rachialgie et la gastralgie* ne sont pas rares, mais sont moins constantes et moins importantes que dans la variole.

L'hyperesthésie cutanée est très fréquente ; elle peut être généralisée ou localisée (en particulier à l'abdomen); son intensité peut être très grande. Chez un malade plongé dans la prostation et en plein délire, l'hyperesthésie de la peau était telle qu'il suffisait de le toucher avec le doigt pour faire contracter violemment son visage et lui arracher des cris.

L'endolorissement général, les sensations de brisement, de courbature, apparaissent dès le début et sont parfois très accusés. Ils coexistent le plus souvent avec les *sensations de fatigue et d'anéantissement* qui précèdent la prostration typhique, dont elles sont en quelque sorte une manifestation atténuée.

La *prostration* est un symptôme capital. Dans les formes légères, un mouvement un peu étendu, l'absorption d'un potage, la déglutition d'un verre de boisson, plongent parfois le patient dans un réel abattement. Ce qui donne à cette prostration, quelque légère qu'elle soit, un cachet particulier, c'est la difficulté qu'éprouvent les malades à parler. La langue leur paraît fixée au plancher de la bouche ; elle est lourde, empâtée, se meut difficilement; aussi les paroles sont-elles lentes, souvent tremblées, et s'échappent-elles parfois de leurs lèvres à peine entr'ouvertes.

Dans les formes moyennes, dès le cinquième ou le sixième jour, les malades sont plongés dans une sorte de torpeur analogue à celle que présentent les dothiénentériques au commencement du troisième septénaire.

Dans les formes graves, l'abattement est précoce et débute, en quelque sorte avec le frisson initial pour s'accentuer avec une inexorable rapidité. On a quitté la veille un malade dont l'affection remonte à 24 ou 36 heures ; il était affaissé et sans énergie; le lendemain, on le trouve plongé dans une torpeur dont on a peine à le tirer ; quelques heures après, il sera dans une sorte de coma qui durera jusqu'après la défervescence ou jusqu'à a mort.

La prostration n'imprime pas toujours, comme dans la dothiénentérie, le masque dit typhique sur la physionomie des patients. Ceux-ci ont plutôt l'air soucieux et comme inquiets.

A côté des *phénomènes de dépression*, il faut signaler les *phénomènes d'excitation*. Je n'insisterai pas sur *l'agitation* que l'on observe parfois pendant les quatre ou cinq premiers jours; par contre, j'attache une très grande importance au *tremblement*, qui est un symptôme presque constant Parfois léger, il ne s'aperçoit que quand les malades veulent faire un mouvement; d'autres fois intense, il les met dans l'impossibilité de porter à leur bouche les aliments ou les boissons. Ce tremblement, le plus souvent très accusé au niveau des mains (où ses oscillations verticales, isochrones et d'égale amplitude le font ressembler au tremblement alcoolique) est parfois beaucoup plus prononcé encore au niveau de la mâchoire, de la langue et des lèvres. La langue, projetée hors de la bouche

quand on demande au malade de la montrer, est animée de mouvements vermiculaires ncessants, et s'agite sans pouvoir être maintenue dans une position fixe ; les commissures des lèvres sont également tiraillées par les tressaillements de leurs élévateurs, et la machoire elle-même peut présenter dans sa totalité des secousses tellement violentes qu'il m'a été impossible parfois de prendre la température buccale. Dans les formes moyennes et légères les paroles sont troublées d'une façon frappante, et ce symptôme peut persister assez longtemps après la défervescence pour m'avoir permis de faire un diagnostic rétrospectif un mois et demi après la guérison de la maladie.

Les *soubresauts de tendons* sont plus constants et plus accusés que dans la fièvre typhoïde.

Les *troubles intellectuels* s'observent à des degrés divers chez tous les malades. Dans les formes atténuées, on constate une absence plus ou moins complète de raisonnement l'incertitude et des défauts d'association dans les idées, la disparition des sentiments affectifs, l'impassibilité. L'intelligence s'émousse et disparait en totalité ou en partie. Quelques sujets ont des hallucinations visuelles qui se rapprochent beaucoup des hallucinations alcooliques ; d'autres sont poursuivis pendant tout le cours de la maladie par une idés dominante qui les obsède et autour de laquelle évolue leur délire et s'agitent toutes leurs pensées.

Mais ce qui domine, dans l'histoire des troubles intellectuels du typhus, c'est certainement la *perte de la mémoire*. Et il ne s'agit pas ici d'un simple affaiblissement d'une faculté, fait banal dans un grand nombre de maladies infectieuses ; c'est sa disparition complète, absolue, que l'on constate chez beaucoup de sujets, sinon pour tous les faits de leur existence de malade, au moins pour un certain nombre d'entre eux. Dix minutes après s'être entretenu pendant plus d'un quart d'heure avec un de ses amis, un de mes élèves, atteint d'un typhus d'une moyenne intensité, demandait pourquoi cet ami n'était jamais venu le voir, et ne voulut pas croire qu'il venait à l'instant de lui serrer la main. Une jeune femme que je soignai à partir du quinzième jour de sa maladie, et qui n'eut pour ainsi dire pas de délire, demandait chaque jour au confrère qui m'avait appelé auprès d'elle si je n'allais pas enfin me décider à venir la voir. Elle oubliait, chaque matin, ma visite de la veille.

Les différents troubles psychiques que je viens de mentionner concourent, à des degrés divers, à l'élaboration du délire, qui peut affecter des caractères variables. C'est ainsi que certains sujets présentent un délire doux et tranquille et marmottent simplement dans une demi-torpeur quelques paroles incohérentes ; d'autres, obéissant à une idée fixe, présentent un délire nettement systématique ; d'autres encore, sous l'influence d'hallucinations terrifiantes, ont un délire de parole et d'action se rapprochant beaucoup du « délirium tremens » et pour lequel on est obligé d'employer parfois des moyens de coercition.

Le délire peut apparaître (rarement) dès le premier jour, plus fréquemment dès le troisième ou le quatrième. Il augmente pendant toute la maladie, diminue au moment de la défervescence, mais lui survit très souvent. Je l'ai vu éclater très violent le jour même de l'apyrexie chez une femme qui en avait été indemne pendant tout le cours de a maladie.

L'hydrothérapie dans les dermato-névroses

M. Beni-Barde fait une longue communication sur l'*hydrothérapie dans les dermato-névroses*. Les dermato-névroses sont des affections cutanées dues, dans la plupart des cas, à une perturbation du système nerveux central ou périphérique se manifestant par un trouble des fonctions de la peau ou par une altération de son tissu. Quelquefois l'influence de la viciation du sang vient joindre son effet nocif à la perturbation physique

ou morale du système nerveux. Dans tous les cas, que la dermato-névrose soit isolée ou qu'elle se trouve liée à une influence diathésique, l'hydrothérapie peut être utilisée ave avantage.

Le lichen plane représentant le type de la dermato-névrose la plus tenace et la plus pénible de toutes, M. Beni-Barde l'a traité par le procédé qui lui paraît le plus capable d'obtenir la sédation du système nerveux, c'est-à-dire la *douche tiède générale* à la température de 35°, l'eau étant projetée au moyen d'une grosse pomme d'arrosoir, de façon à mouiller tout le corps à la fois. Il faut, pour que cette douche tempérée ait une action calmante très prononcée, que sa force de percussion soit très atténuée et que sa durée soit de 3 à 5 ou 6 minutes environ. Si l'on dépasse cette limite, on court le risque de provoquer chez certains malades une fatigue, un énervement capables de troubler l'effet sédatif produit et de réveiller ainsi l'instabilité du système nerveux. Après cette application, le malade ne doit pas être frictionné, mais simplement essuyé le plus légèrement possible.

Dans l'application de ce traitement, il faut toujours savoir adapter le moyen thérapeutique à la capacité, à la tolérance ou à la sensibilité du malade.

Lorsque les malades atteints de lichen ou de toute autre affection cutanée présentent des accidents dans des régions que la douche générale ne peut pas atteindre, on adjoint à celle-ci les procédés hydrothérapiques qui peuvent convenir à la localisation : bains de siège, douche générale, douche hémorrhoïdale.

De la quarantaine terrestre

M. Olivier rappelle que, dans la séance du premier de ce mois, M. Babès a présenté une intéressante note sur la préservation de la Roumanie, par les quarantaines, pendant les trois dernières épidémies de choléra. M. Proust a protesté contre cette note et a déclaré qu'il ne saurait admettre qu'on puisse venir à la tribune de l'Académie préconiser les quarantaines. Cependant M. Babès, qui n'est point un quarantenaire quand même, avait simplement dit que, dans les pays de l'Europe orientale, et en particulier en Roumanie, le meilleur moyen de se protéger était encore la quarantaine rationnelle.

Les quarantaines ont été supprimées cette année et le choléra a pénétré en Roumanie.

La séance est levée à quatre heures et demie.

COURRIER

Médecins de la police municipale. — Par arrêté en date du 8 courant :

1° M. le docteur Gillebert-Dhercourt, médecin en chef adjoint à la police municipale, est nommé médecin en chef, en remplacement de M. le docteur Nuzillat, admis à la retraite et nommé médecin en chef honoraire ;

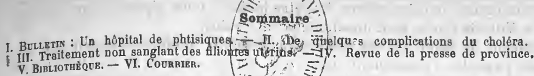
2° M. le docteur Venet est nommé médecin en chef adjoint ;

3° M. le docteur Ducasse, médecin auxiliaire, est nommé titulaire ;

4° M. le docteur Bernard est nommé auxiliaire à la police municipale.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.



Sommaire

BULLETIN

Un hôpital de phtisiques

En signalant dernièrement les inconvénients résultant de l'encombrement des hôpitaux, par cette masse de 1,500 à 1,800 chroniques qui, pendant une durée de plusieurs mois, souvent, détiennent des lits, dont il serait si utile de faire profiter des malheureux atteints d'affections aiguës, nous avions annoncé la création, dans un établissement *extra-muros* et sur un plan susceptible d'agrandissement, jusqu'à concurrence de 2,800 lits, d'un quartier destiné à recueillir, à bref délai, 700 infirmes des deux sexes.

Nous applaudissions, sans réserve, à cette initiative de l'administration hospitalière, quelque tardive qu'elle fût, et exprimions le désir de voir réaliser également, en faveur des phtisiques, une mesure qui, si utile pour les autres chroniques, se trouve plus nécessaire encore pour cette catégorie de malades, en raison des inconvénients qu'ils présentent pour les conditions sanitaires de nos salles.

Ce vœu serait, paraît-il, sur le point d'être accompli et l'hôpital de phtisiques que nous réclamions, que réclame depuis longtemps le corps médical, et dont le Conseil municipal, que l'on trouve, à vrai dire, toujours à la tête des progrès ou des améliorations hospitalières, demande la création depuis de nombreuses années, va passer bientôt de l'état de projet à l'état de réalité.

Un terrain serait déjà acheté dans ce but, des plans seraient en voie d'élaboration... Certes, il y a encore loin de ces données à l'exécution ; mais, n'est-ce pas déjà un point important d'acquis, que cette tendance de l'administration à marcher (oh ! combien lente), dans une voie qui peut être si féconde en heureux résultats !

En ce qui concerne les projets de l'Assistance publique sur l'installation de ce nouvel hôpital spécial, projets dont nul écho précis ne nous est encore parvenu, nous ne voulons pas les juger sur les bruits que nous avons pu recueillir. Ainsi, l'on a prétendu que, puisant ses idées en Allemagne, elle manifestait l'intention de prendre comme modèle la maison de santé particulière fondée à Falkenstein, près Cromberg, et dirigée par le Dr Detweiller ; de même, il nous a été dit qu'elle comptait borner à cent le nombre des lits qu'elle entendait y mettre à la disposition des malades atteints de phtisie.

Ces renseignements, s'ils étaient exacts, seraient de nature à soulever la critique, car, en admettant qu'au point de vue des données générales de la construction et de l'aménagement, la maison de santé de Falkenstein puisse fournir d'utiles indications, il n'en est pas moins vrai qu'au point de vue particulier qui nous intéresse, les conditions dans lesquelles un

établissement de cette nature doit être installé, pour répondre aux besoins de la Ville de Paris, sont absolument différentes.

Maison de santé privée, destinée à recueillir, soigner et guérir des malades payants, appartenant tous à une classe aisée de la société, et dont l'état de maladie laisse, la plupart du temps, un certain espoir d'amélioration, sinon de guérison, Falkenstein ne peut avoir que de vagues rapports avec le refuge où l'Assistance publique devra abriter les trop nombreux indigents que les excès ou les misères de la vie, que les dépressions physiques ou morales auront rendus tributaires de la tuberculose pulmonaire.

Quelque riche que puisse être l'Assistance publique, elle ne saurait affecter à ce mode de traitement les sommes qui seraient nécessaires pour le rendre efficace, si tant est qu'il le soit dans le sens absolu.

D'ailleurs, il nous paraît impossible que son intention réelle soit de réserver à cent privilégiés le bénéfice de cet établissement, alors que les salles d'hôpitaux sont continuellement occupées par 7 ou 800 phtisiques.

La vérité, en pareille matière, c'est qu'un hôpital spécial de cette nature doit pouvoir donner asile à 500 malades environ, divisés en trois catégories: ceux dont on peut encore tenter la guérison avec quelque chance de succès, ceux auxquels un abri momentané peut, grâce au repos, à la nourriture, rendre, pour quelque temps, un semblant d'activité; ceux, enfin, auxquels un dernier refuge, hélas! est nécessaire pour terminer dans la paix un reste de vie...

Mais, nous l'avons dit, nous ne saurions discuter, aujourd'hui, utilement des projets sur lesquels planent un vague et une incertitude complets; le seul point sur lequel nous pouvons porter un jugement, c'est sur le fait révélé par la lecture des délibérations du conseil municipal et consistant dans l'achat du terrain destiné à cet hôpital.

Eh bien, nous avons le regret de constater qu'en cette circonstance l'administration hospitalière a été fort mal inspirée. Quel que puisse être l'avantage de la localité au point de vue du sol, de la situation, altitude ou exposition, il est profondément regrettable qu'on ait choisi un lieu distant d'au moins deux heures de Paris et sans communication directe avec la capitale. Pourquoi rendre ainsi presque impossibles les relations familiales de ces malades, en les privant de la vue de ce qu'ils aiment? Pourquoi leur rendre, par avance, odieux le séjour de cet établissement, dont par ailleurs le caractère particulier ne leur échappera pas? Etait-il donc impossible de trouver à proximité de Paris un terrain aussi convenable? Nous ne le croyons pas. Le prix d'acquisition en eût été plus élevé sans doute, mais en semblable matière la question d'argent devait être tenue pour peu de choses en présence des avantages d'une semblable situation.

Un hôpital spécial de cette nature serait assurément d'un puissant intérêt pour un certain nombre de médecins distingués du corps hospitalier à une époque où l'on recherche avec une ardeur passionnée tout ce qui a trait à la tuberculose. En plaçant cet établissement hors de Paris on enlève ainsi aux médecins des hôpitaux un champ d'action important. Ce résultat serait-il pour plaire à l'Assistance publique?

DE QUELQUES COMPLICATIONS DU CHOLÉRA

La marche classique du choléra est si bien connue, elle est si habituellement réalisée, que la plupart des médecins considèrent comme absolument exceptionnelles les complications qui peuvent survenir dans la maladie. Elles sont cependant moins rares qu'on ne le croit, et la dernière épidémie a permis d'en étudier un certain nombre.

I

Il peut se produire des ulcérations des plaques de Payer, naturellement étant mis à part les cas de coexistence avec la fièvre typhoïde; Retter les a constatés plusieurs fois et a trouvé dans un cas des ulcérations du jéjunum; le même auteur signale aussi les eschares du gros intestin et la colite pseudo-membraneuse. La gangrène du rectum était déjà connue.

Sur 300 autopsies, Simmonds a trouvé quatre fois la péritonite et a constaté la présence des bacilles virgule à côté de celle des cocci dans l'exsudat; deux fois la muqueuse intestinale était profondément nécrosée. Il insiste du reste sur la fréquence des escharres intestinales, qui, d'après lui, se produisent de préférence sur les valvules et les replis de la muqueuse à partir du troisième jour; elles peuvent être suivies d'ulcérations. Du reste Simmonds fait remarquer avec raison qu'il est possible que quelques-unes de ces lésions soient sous la dépendance de l'hydrargyre, le calomel étant très habituellement prescrit.

E. Frankel a noté quinze fois l'entérite pseudo-membraneuse de l'intestin grêle, six fois celle du gros intestin.

Dans un cas, Gaillard a trouvé des ulcérations multiples au niveau de l'estomac; il est vrai que son malade était un alcoolique. Des lésions stomacales accentuées ont été aussi signalées par Deycke : nécrose de la muqueuse, disparition à peu près complète des culs-de-sac glandulaires. Dans l'épaisseur de la paroi gastrique, Deycke a trouvé des bacilles virgule et des streptocoques.

Les complications hépatiques ont été l'objet de plusieurs travaux intéressants.

L'ictère n'est pas plus fréquent dans les pays chauds que dans les contrées tempérées. Sa fréquence peut varier beaucoup selon les épidémies. M. Lévy, Briquet, Mignot et Tolozan semblent l'avoir vu se produire assez souvent. Au contraire, J. Besnier ne l'a noté en 1865-1866 que dans trois ou quatre cas de réaction bien marquée. Dans d'autres épidémies, celle de 1873 par exemple, il n'est pas question d'ictère, et en 1884, Duflocq ne l'a vu que deux fois sur 215 cas. Dans cette même année, Frastour l'a observé quatre fois, trois des malades guérirent, le dernier succomba au milieu des symptômes de l'ictère grave.

Sur plus de 380 cas de choléra, Galliard n'a vu que sept fois se produire l'ictère (de plus il y eut dans deux cas des urines bilieuses sans ictère). Chez cinq malades, la jaunisse se présenta comme un épiphénomène qui ne troubla en rien la marche de la maladie (trois guérisons, deux morts). Chez deux ce fut une véritable complication, car chez une malade, il sur-

vint un érythème pseudo-fébrile, suivi de desquamation, et chez une autre, la mort fut causée par une suppuration des voies biliaires.

Les lésions de l'appareil biliaire ont été rarement signalées dans les autopsies de cholériques. On a noté à la période d'algidité de la desquamation épithéliale de la vésicule et des canaux (Laveran), la cholécystite purulente a été rencontrée dans 4 cas par Briquet, et Mignot et Tholozan regardent la congestion hépatique comme assez fréquente. Pirogoff signale même des ecchymoses sous-muqueuses, des ulcérations, des perforations de la vésicule.

Chez sa malade, Galliard trouva un angiocholite des gros troncs, une cholécystite suppurée avec ulcération et une péricystite purulente entre la vésicule et le foie. Le duodenum et l'estomac présentaient des signes manifestes d'irritation, et il est probable qu'il y avait eu infection ascendante.

Oddo divise les ictères cholériques en quatre classes :

1° Ictères légers et fugaces survenant au cours de réactions régulières;

2° Ictères accompagnés de rechute;

3° Ictères légers au cours de réactions irrégulières;

4° Ictères constituant le symptôme prédominant de la période de réaction.

Les ictères du premier groupe apparaissent le deuxième ou le troisième jour de la réaction; ils peuvent être très légers et manquer au niveau des téguments. Souvent la diarrhée reparaît à ce moment en prenant le caractère d'une débâcle bilieuse.

Qand l'ictère est un symptôme prédominant de la période de réaction, le foie augmente beaucoup de volume, les urines sont foncées, il y a des hémorrhagies, des congestions pulmonaires, et l'état général est très mauvais. Il peut y avoir alors des altérations intenses du parenchyme hépatique.

Il y a longtemps que l'on a décrit les altérations de la bile qui devient transparente et incolore, ou au contraire épaisse et noire; la sécrétion peut être exagérée. La bile, le foie sont souvent envahis par le bacille virgule (Rietsch, Nicati, Girode).

Simmonds a trouvé une fois la muqueuse de la vésicule gangrenée; quatre fois il y avait cholécystite purulente avec des cocci seulement dans le liquide.

Ce qui prouve qu'en somme, toutes ces lésions sont rares, c'est que sur 516 autopsies, Frankel n'a trouvé aucune lésion du foie, de la vésicule ou du pancréas.

Les hémorrhagies de la rate sont relativement assez fréquentes pour rentrer dans les lésions habituelles.

II

Les complications du côté des voies respiratoires sont des pneumonies et des broncho-pneumonies dont la fréquence varie beaucoup selon les épidémies.

Sur 150 autopsies Simmonds a trouvé 4 fois la pneumonie lobaire et 58 fois la broncho-pneumonie. Dubreuilh a constaté la broncho-pneumonie dans la

moitié des autopsies de cholériques enlevés pendant la période de réaction.

Comme causes prédisposantes, on a noté le froid, l'âge avancé des malades, l'alcoolisme, les tares organiques, etc.

Rares au stade d'algidité où l'on n'observe guère que de l'emphysème des régions antéro-supérieures et à de la congestion des bases, les complications pulmonaires apparaissent surtout au moment de la période de réaction.

D'après Dubreuilh les complications pulmonaires graves se produisent en moyenne le 7e jour ; elles peuvent être plus hâtives et plus tardives (Gaillard, Simmonds).

Très souvent la pneumonie et la broncho-pneumonie des cholériques sont latentes. Parfois le début se fait par un point de côté, un frisson unique; plus souvent il y a simplement apparition de la toux et exagération de la dyspnée. Les signes physiques dépendent de l'étendue des lésions et il y a peu de symptômes généraux. La fièvre elle-même manque souvent au moins dans la broncho-pneumonie. La pneumonie fibrineuse, au contraire s'accompagne, dans beaucoup de cas, d'une élévation bien nette de la température, car elle appartient aux réactions rapides ou excessives. La broncho-pneumonie s'accompagne toujours de phénomènes moins nets et puis il se produit de l'hypothermie; c'est ainsi que Galliard a noté 33° au sixième jour chez un de ses malades.

La marche de la complication est très rapide et la suppuration apparaît parfois en moins de 2 et 3 jours (Mouchet). Comme accidents surajoutés, on a noté la gangrène pulmonaire, la pleurésie.

La terminaison fatale est la règle et le traitement devra être essentiellement stimulant : café, champagne, cognac, etc. Les topiques, les révulsifs, l'opium sont contre-indiqués.

Le broncho-pneumonie est beaucoup plus fréquente, dans le choléra, que la pneumonie lobaire. C'est ainsi que Simmonds, sur 150 autopsies, a noté 58 broncho-pneumonies et seulement 4 pneumonies lobaires.

D'après Dubreuilh, la broncho-pneumonie cholérique se distingue très nettement, à l'œil nu, de celles de la rougeole, de la coqueluche, de la diphtérie, etc., ce qui tient à la rapidité de la marche du choléra. On trouve la splénisation et l'hépatisation, mais les lésions sont toutes du même âge et jamais on n'a signalé les vacuoles, les abcès, etc. Galliard a cependant vu la pneumonie compliquer le choléra lent et, dans ce cas, l'hépatisation grise coïncidait avec l'hépatisation rouge. Rommelære a trouvé chez deux cholériques morts à la période d'algidité, de nombreux noyaux de carnification disséminés et constituant des îlots atélectasiques peu volumineux, entourés d'une zone limitée d'hépatisation rouge. Galliard considère ces lésions comme rares.

On a trouvé un grand nombre de microorganismes dans les crachats. Mills a signalé la présence du bacille virgule dans du pus craché par un cholérique qui avait présenté de la gangrène pulmonaire et était arrivé au 53e jours de sa maladie. Les élèves de Rommelære ont trouvé ce même bacille dans des foyers de broncho-pneumonie. Enfin dans un cas de Broca les crachats (pneumonie fibrineuse) renfermaient le diplococcus de Friedlander.

Simmonds a trouvé dans deux cas des petites ulcérations situées entre les cartilages arythénoïdes et ayant causé de l'œdème glottique.

Frankel a relevé un cas de diphtérie pharyngée secondaire avec bacille de Klebs-Loffler.

III

Galliard, après Traube et Franckel, a observé l'emphysème sous-cutané consécutif à la rupture des vésicules pulmonaires, causée par les efforts respiratoires nécessités par la dyspnée.

Boltz a souvent noté une dégénérescence étendue des fibres musculaires du larynx; elle est, du reste, loin d'être constante; il a fait les mêmes constatations pour le diaphragme et les muscles du mollet, et admet que les lésions musculaires sont rares dans les cas foudroyants et les cas lents.

Les phénomènes myocardiques tardifs, l'arythmie, ne sont pas rares dans le choléra. Bethe a noté un état trouble du myocarde dans les cas rapides et une dégénérescence graisseuse étendue dans les cas lents; elle peut entraîner la mort subite. Pour Simmonds, les lésions du myocarde sont habituellement peu marquées, les ecchymoses de l'endocarde seraient constantes

Les lésions des voies génitales de la femme seraient très fréquentes, puisque dans 65 0/0 des cas, en dehors de la grossesse ou d'un accouchement récent, Deycke a trouvé un épanchement sanguin dans les cavités intra-utérines, et de l'infiltration hémorrhagique des parois de la cavité. Pour S. Frankel, ces lésions n'existent que chez les femmes dont les règles se sont produites récemment. Parfois, il se produit des hémorrhagies ovariennes. En tout cas, on sait que l'avortement est très fréquent dans le choléra, bien que Simmonds n'ait jamais trouvé, dans le fœtus, le bacille virgule, ni de lésions pouvant être attribuées à la maladie.

Dans un cas de choléra, où la mort était survenue au milieu de phénomènes méningés, Roger, en examinant le foie et le liquide céphalo-rachidien, put isoler un petit bacille, mobile, ovalaire, à extrémités arrondies se rapprochant du proteus vulgaris par différents caractères, entre autres, par l'odeur de triméthylamine des cultures. D'autre part, le développement sur agar fuchsine, les caractères morphologiques faisaient repousser l'identification avec le proteus et, finalement, Roger propose d'appeler son microbe: bacillus septicus putridus. Lorsqu'on l'inocule aux animaux, la mort se produit au bout d'un temps variable, selon les conditions expérimentales, mais toujours relativement lent (de 2 à 12 jours). L'autopsie des animaux ne montre aucune lésion appréciable, et on doit admettre qu'il s'agit d'une véritable septicémie.

Les suppurations dans le choléra tiennent à des infections secondaires. La suppuration du poumon est une des plus fréquentes ; nous l'avons signalée, ainsi que la cholécystite et l'angiocholite suppurée, les otites, la parotidite.

Galliard a vu se produire des abcès et des phlegmons à la suite d'injections d'éther ou de caféine. Ces mêmes injections peuvent amener la gangrène septique et foudroyante.

Les escharres sont devenues rarres; il est, en effet, possible de les éviter à l'aide de soins antiseptiques minutieux. Les gangrènes externes sont assez fréquentes. Chez les cholériques algides, elles se produisent au nez, aux oreilles et à l'extrémité de la langue, aux organes génitaux.

La gangrène des extrémités peut dépendre d'une oblitération artérielle et a le pronostic de cette dernière ; on l'observe souvent pendant la convalescence.

D'après Simmonds, la muqueuse vaginale présente des escharres chez un tiers des femmes enlevées par le choléra lent. Le sphacèle peut faire communiquer le rectum et la vessie.

La cystite et la gangrène vésicale ne sont pas rares.

Nous rappellerons en terminant que certaines complications peuvent dépendre du traitement. Nous avons déjà signalé le rôle possible du mercure dans la genèse des lésions intestinales et, de plus, il faut savoir que si, quand on pratique les injections intra-veineuses, on ne s'astreint pas à une antisepsie minutieuse, il peut survenir des phlébites suivies d'infection purulente.

Traitement non sanglant des fibromes utérins

C'est à Lyon et avec le chlorure de zinc qu'ont été faits les essais dont nous allons donner connaissance à nos lecteurs. Il est bien entendu que ce traitement non sanglant ne vise qu'une certaine sorte de tumeurs inopérables ou bien celles dont l'extirpation fait courir des risques considérables au malade.

On se souvient d'une communication de M. R. Condamin au congrès de chirurgie sur l'usage des crayons de chlorure de zinc appliqués au fibrome suivant la méthode de Dumontpallier. Ce traitement employé par le professeur Lamayenne et par M. Condamin avait donné entre les mains de ce chirurgien de très bons résultats. Les hémorrhagies cessaient sous son influence, ainsi que les pertes hydrorrhéiques qui fatiguent tellement les pauvres malades.

Dans un récent article de la *Gazette hebdomadaire* l'agrégé de la Faculté de Lyon revient sur ce sujet et apporte un assez grand nombre d'observations.

Voici les règles opératoires qu'il donne :

1er *temps*. — La malade placée dans la position obstétricale, ordinairement non anesthésiée, l'opération est pour ainsi dire indolore. On procède à un lavage minutieux des parties génitales et du vagin. Ceci fait, on pratique la dilatation avec les bougies de Hégar et assez lentement pour ne pas avoir d'hémorrhagie qui gênerait l'action du caustique. On dilate ainsi jusqu'à un diamètre de 1 centimètre environ, et on fait suivre la dilatation d'un lavage intra-utérin.

2e *temps*. — Après avoir essoré la cavité utérine avec du coton hydrophile monté sur un porte coton, on procède alors à la mise en place du crayon. Ce temps présente parfois quelques difficultés, car *il faut que le crayon soit placé au-dessus de l'orifice interne et non dans la cavité cervicale*, afin de ne pas amener d'atrésie du col. Il faut avoir bien soin, en retirant la pince qui porte le crayon, de ne pas l'entraîner. On peut, à cet effet, fixer le crayon à l'extrémité de la tige d'un porte-coton et laisser le tout en place pendant quelques heures ; enfin, on peut aussi se servir d'un porte-caustique. En résumé, quel que soit le moyen pour mettre en place le caustique, il faut être sûr que le crayon est bien dans la cavité utérine et non pas au-dessous de l'orifice interne.

3e *temps*. — On fait un léger tamponnement de la cavité cervicale au moyen d'une mèche de gaze iodoformée, de manière à maintenir le crayon à la hauteur voulue. Enfin, un gros tampon de coton imbibé de glycérine iodoformée est introduit dans le

vagin. La malade est condamnée au repos pendant sept à dix jours, mais on a soin d'enlever le tamponnement et de faire des injections vaginales. On recommande à la malade de se tenir le premier jour pendant quelques heures dans la position couchée sur le ventre, de telle sorte que le point le plus déclive de la cavité utérine soit non le col, mais le fond de cet organe.

L'eschare tombe ordinairement du 8e au 15e jour et presque toujours on place un nouveau crayon à la suite de la chute de l'eschare, surtout si le premier a été appliqué dans une cavité utérine légèrement hémorrhagique. La durée du traitement n'excède donc pas en général quatre semaines. Au bout de ce laps de temps, les malades ont été toujours notablement soulagées tant au point de vue de l'hémorrhagie, qui a été totalement suspendue, qu'au point de vue de l'arrêt des pertes aqueuses.

Ce traitement trouve surtout son aplication chez les femmes approchant de la ménopause et permet de conduire les malades sans accidents jusqu'à la suppression des règles.

La méthode sclérogène devait aussi trouver son application dans le traitement de ces mêmes tumeurs, et M. Chandelux est le premier qui ait tenté les injections de chlorure de zinc dans l'intérieur même d'un myome ainsi que le relate le compte rendu de la Société nationale de médecine de Lyon (séance du 24 juillet 1893).

Voici comment M. Chandelux a procédé après laparotomie, il constata que l'exérèse des tumeurs était impossible ainsi que la castration. Il referma l'abdomen, et laissa cicatriser la plaie. C'est alors qu'il tenta les injections interstitielles de chlorure de zinc pour amener la sclérose et la diminution de volume des tumeurs. Une première tentative consista dans l'injection de deux gouttes d'une solution très faible de chlorure de zinc à 1/50, au centre des fibromes par deux piqûres, l'une à droite, l'autre à gauche, au niveau des fosses iliaques.

Avant d'adapter la seringue à la canule à injecter, il s'assura qu'il ne portait point de sang veineux par l'extrémité libre de la canule, pour éviter d'injecter du chlorure de zinc dans les sinus veineux de ces tumeurs.

Les piqûres provoquèrent des douleurs assez vives, qui se calmèrent ; dès le lendemain la malade se trouvait très bien. Les injections furent renouvelées toutes les semaines pendant environ deux mois, puis tous les cinq jours ensuite. Les solutions employées furent successivement 1/50, 2/50 et 3/50.

La tumeur diminua de volume de moitié. La malade reprit de l'appétit et des forces.

Nous ne pouvons dire quel est l'avenir de cette méthode, ni si la voie abdominale sera toujours suivie. On pourrait, en effet, aborder certains fibromes par le vagin.

Nous avons voulu seulement enregistrer cette première tentative qui sera probablement suivie de beaucoup d'autres.

REVUE DE LA PRESSE DE PROVINCE

Un cas d'onychogrypose. — M. Duret a présenté à la Société anatomo-clinique de Lille deux ongles atteints d'onychogrypose. Ils ont été extirpés chez une femme de 48 ans. Cette déformation localisée au niveau des deux gros orteils avait débuté il y a vingt-cinq ans, dans le cours d'une fièvre typhoïde, par une onyxis qui avait d'un côté nécessité l'ablation de l'ongle. Depuis vingt ans, ces ongles avaient l'aspect qu'ils présentent aujourd'hui, et constituent une véritable infirmité. La femme qui les portait ne

pouvait se chausser. Le moindre heurt était l'occasion de douleurs vives ; le pied s'était déformé, aplati; les extenseurs étaient contracturés ; les deux gros orteils étaient déviés en dehors.

Un médecin avait, sans succès, pratiqué des cautérisations au fer rouge; le seul traitement efficace consistant dans l'extirpation totale de l'ongle avec sa matrice, c'est ce qui a été fait. A gauche, le chirurgien a, en outre, extirpé la phalangette.

L'ongle du gros orteil gauche forme une sorte de corne, ou plutôt de griffe quadrangulaire ; sa face supérieure est convexe et présente des stratifications ; l'inférieure est concave et plus étroite ; les faces latérales mesurent 6 à 7 millimètres d'épaisseur. Par sa base cette griffe s'insère à peu près perpendiculairement sur l'orteil. La pointe, plus rétrécie, se recourbe et s'enfonce dans une petite fossette qu'elle s'est creusée à l'extrémité de l'orteil. A droite, la griffe a une forme moins régulière. C'est là un exemple rare d'une déformation bien connue. L'opération radicale s'impose dans ces sortes de cas. L'extirpation de l'ongle seul ne suffit pas ; il faut enlever la matrice elle-même, sous peine de voir survenir une récidive.

Cirrhose biliaire hypertrophique à forme anormale. — Sous ce titre, M. Dève a lu à la séance médicale de Reims l'observation d'un homme de 39 ans, qui eut une première attaque d'ictère il y a six ans. Depuis, il en a eu deux autres ; rien à noter dans ses antécédents, sauf une tendance marquée aux embarras gastro-intestinaux.

En mai 1891, M. Dève fut appelé pour la première fois pour une phlébite fémorale. Le malade avait une teinte subictérique. Le foie était volumineux, débordant de quatre travers de doigt les fausses côtes ; pas d'ascite, mais développement énorme des veines sous-cutanées.

Le traitement consista en régime lacté, bicarbonate de soude ; de temps à autre, calomel à doses fractionnées. L'iodure de potassium ne peut être toléré. A partir de cette époque M. Dève fut souvent appelé, tantôt pour la dyspnée, tantôt pour douleurs hépatiques.

Cependant le malade n'était pas maigre, n'avait jamais eu d'épistaxis ni d'hémorragies quelconques.

Le 15 janvier 1893, le malade était à demi assis sur son lit, couché sur le côté gauche. Respiration sifflante, globes oculaires saillants, langue fuligineuse, pouls lent, température 38°. A l'auscultation, emphysème déjà connu, congestion des bases, la rate est hypertrophiée et arrive au niveau du lobe gauche du foie.

Les urines sont rares, à réaction rude, laissant déposer un épais sédiment formé surtout de cristaux d'urate de soude.

La quantité de soude est de 4 gr. 165 par litre, celle de l'albumine de 0 gr. 195, pas d'acides biliaires.

Purgatif drastique; lactaté, tisane nitrée à 1 gr.

Le lendemain, le malade est mieux: le pouls est plein, les battements du cœur réguliers, les urines plus abondantes. La congestion des bases persiste. Calomel ; 0 gr. 50 en cinq fois. Le lendemain, le malade succombe.

Ce qu'il y a d'étrange dans cette observation, c'est la conservation jusqu'au dernier moment des forces du malade; pas d'hémorrhagie ni de vomissements, pas d'ascite n d'œdèmes, si ce n'est aux malléoles, mais, en revanche, dilatation colossale des veines superficielles.

La mort, étant donné l'état du cœur, avait dû arriver par syncopes.

Etude physiologique du kümmel. — MM. Cadéac et Albin Meunier arrivent aux conclusions suivantes : Si le kümmel est un excitant et un antiseptique plus énergique que l'eau-de-vie de vin du même degré éthylique, il est, par contre, beaucoup plus que

celle-ci dangereux pour l'intelligence et il est, en même temps, un convulsant de premier ordre. Cette liqueur allemande ne peut cependant pas produire chez les individus sains l'attaque épileptique, mais l'abus est bien susceptible de déterminer chez les prédisposés, chez les dégénérés, un degré d'excitabilité reflexe tel qu'il aboutisse facilement à la crise comitale.

En tous cas, l'usage de cette boisson spiritueuse doit être, comme le vulnéraire, comme l'absinthe, formellement interdit aux névrosés, aux déséquilibrés, aux irritables, car elle peut, plus que bien d'autres, conduire à l'ivresse, aux convulsions et à la folie.

Dans l'échelle toxique des liqueurs. le kümmel se rapproche de l'absinthe et de l'eau d'arquebuse, mais beaucoup plus de la première que de la seconde.

Elle est hyperesthésiante et convulsante au même degré que ces deux boissons spiritueuses, et elle plonge plus rapidement encore dans l'anéantissement cérébral.

Par ses effets convulsants, le kümmel s'éloigne de l'eau de mélisse des Carmes, du Garrus et de l'eau-de-vie de vin; par son action stupéfiante secondaire, elle s'en rapproche.

C'est un poison doublement dangereux.

Sa consommation est heureusement assez limitée, aussi son étude clinique est-elle complètement ignorée.

Ces nouvelles recherches continueront encore à montrer la nécessité d'étudier physiologiquement les effets de chaque liqueur en particulier et à établir une fois de plus l'importance du rôle des essences dans l'intoxication alcoolique.

Note sur les effets thérapeutiques du chloralate. — Pour M. Basset, qui a lu ses observations à la Société de médecine de Toulouse, le chloralate administré dans le but de provoquer le sommeil, présente certains avantages : sommeil rapide et léger, réveil complet sans la lourdeur que laissent souvent les préparations de chloral ; pas de constipations comme après les opiacés ; pas de diminution d'appétit.

Ce médicament paraît devoir être administré en cachets. On doit commencer par une dose de 0 gr. 20 *pro noctu* et n'arriver à 0 gr. 30 et 0 gr. 40 que si la première dose, insuffisante n'a provoqué ni vertiges ni tremblements.

On doit user d'une grande prudence dans l'administration du médicament chez les personnes atteintes d'une maladie organique.

Le chlorolose paraît contre-indiqué dans l'ataxie locomotrice. L'action du chloralate se continue pendant plusieurs nuits de suite, le sommeil étant moins bon qu'avec le médicament, meilleur qu'avant d'en prendre.

Plusieurs observations permettent de penser que le chloralate possède une véritable action analgésique.

De l'analgésie par le bromure d'éthyle, par M. Secheyron. — Le bromure d'éthyle est un analgésique général puissant. Ses effets étendus aux muqueuses, a la peau, sont rapides, instantanés mais très fugitifs.

Il n'existe guère de période de réaction ou de réveil. Dès la cessation des inhalations, l'intelligence et l'usage des membres sont recouvrés.

Il peut être administré pour obtenir : 1° l'analgésie simple (actes opératoires divers de courte durée);

2° L'analgésie intermittente (coliques hépatiques, néphrétiques, dysménorrhée et surtout accouchement);

3° L'analgésie combinée à l'anesthésie chloroformique, cocaïnique. Dans ce cas, il prépare et facilite l'administration des agents, tels que l'éther et le chloroforme.

Son emploi est sans accident.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DES MALADIES DE L'ESTOMAC

par J. BOUVERET. — Paris, J.-B. Baillière, 1893.

Ce traité est divisé en huit parties.

Dans la première, l'auteur a résumé la séméiologie générale de l'estomac. Un chapitre contient l'interrogatoire du malade et l'étude de l'anomnèse. Puis vient la description succincte des symptômes principaux de la période digestive et l'étude complète des procédés physiques de l'investigation clinique. Les deux derniers chapitres, les plus neufs et les plus importants, sont consacrés l'un à l'exploration de la sécrétion et l'autre à celle de la motilité et de l'absorption.

La deuxième partie est composée d'affections spéciales à l'estomac. On y trouvera l'étude de l'hyperchlorhydrie, de l'hypersécrétion et de l'ulcère qui ont entre eux d'étroites connexions et se succèdent souvent chez un même malade.

Les affections résumées dans la troisième partie sont également très particulières à l'estomac. Telles sont l'atonie ou myacthénie gastrique, la dilatation, la gastroptose et l'anticoptose.

La quatrième partie est consacrée à l'étude des gastrites et l'auteur a beaucoup insisté sur la gastrite chronique.

Dans la cinquième partie on trouvera l'histoire des néoplasmes et dans la sixième celle des affections organiques des orifices de l'estomac. C'est là une heureuse innovation, car les stéroses du əpnəə et du pylore ont l'une et l'autre un syndrome très spécial et il est nécessaire de les reconnaître de bonne heure pour pouvoir, s'il y a lieu, intervenir chirurgicalement.

La fin de l'ouvrage est consacrée aux névroses gastriques et aux lésions de l'estomac dépendant de maladies générales ou locales.

Aucun chapitre de l'ouvrage de M. Bouveret n'est consacré à la dyspepsie. C'est que la difficulté de la digestion ne peut être envisagée comme une espèce séméiologique. Il n'est pas plus logique, actuellement, de s'arrêter au diagnostic de dyspepsie, que de s'en tenir à celui de dyspnée et de palpitations.

COURRIER

GOUTTIÈRE DE BONNET ACHETÉE PAR UN MÉDECIN — POUR SA MALADE — REFUS DE PAYEMENT DE LA GOUTTIÈRE. — Voici un jugement publié dans le *Bulletin du Syndicat de la Seine* :

Il s'agissait d'une gouttière de Bonnet que M. le docteur B... avait achetée sur l'ordre verbal de Mme D... pour la somme de deux cents francs, et que cette dernière refusait de payer, prétendant que l'application de l'appareil ne lui avait été d'aucune utilité. Elle offrait seulement de tenir compte de sa location.

Voici un extrait du jugement qui a donné droit à notre confrère :

« Attendu que si, en raison du chiffre de la demande, la preuve testimoniale du mandat allégué par le docteur, n'est pas admissible, ce mandat n'en est pas moins dès à présent établi ; qu'il est bien certain, en effet, qu'en demandant, et, en tout cas, en acceptant les soins répétés du docteur, la veuve D... lui a tacitement donné le mandat de faire tout ce qui était nécessaire pour arriver à la guérison.

« Attendu que l'application de la gouttière de Bonnet était le traitement commandé dans la circonstance et, du reste, habituellement employé en pareil cas ; qu'il ne peut donc être reproché au demandeur aucune faute pouvant engager sa responsabilité, et qu'ainsi l'achat et l'emploi de cet appareil étaient parfaitement justifiés, la veuve D... doit, en conformité de l'article 1999 du Code civil, rembourser au docteur les avances par lui faites pour l'exécution du mandat, sans qu'il y ait lieu de tenir compte du plus ou moins d'efficacité du traitement employé, ni de rechercher si ce résultat est ou non dû à l'impatience de la défenderesse ;

« Par ces motifs, condamnons la veuve D... »

Médecins députés. — Voici quelques-uns des noms des docteurs élus députés au premier tour de scrutin :

Seine, 13e arrondissement, docteur Paulin-Méry ; Ain, Bourg, docteur Herbet ; Allier, Lapalisse, docteur Gacon; Ardennes, Vouziers, docteur Bourgoin, membre de l'Académie de médecine ; Corrèze, Brive, docteur Labrousse ; Ussel, docteur Dellestable ; Côte-d'Or, Beaune, docteur Richard ; Creuse, Guéret, docteur Lacôte ; Dordogne, Périgueux, docteur Chavoix ; Nontron, docteur Theulier ; Sarlat, docteur Denoix ; Eure, Evreux, docteur Isambard ; Finistère, Châteaulin, docteur Le Borgne ; Quimper, docteur Cosmao-Dumenez ; Haute-Garonne, Toulouse, docteur Mandeville ; Gers, Condom, docteur Lannelongue, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Loiret, Orléans, docteur Viger, ministre de l'agriculture ; Lot, Cahors, docteur Emile Rey ; Lozère, Mende, docteur Bourrillon ; Meurthe-et-Moselle, Nancy, docteur Henrion ; Nord, Avesnes, docteur Defontaine ; Saône-et-Loire, Louhans, docteur Guillemaut ; Sarthe, La Flèche, docteur Legludic ; Haute-Savoie, Annecy, docteur Thonion ; Vendée, la Roche-sur-Yon, docteur Paul Bourgeois.

Tous ces confrères sont républicains, sauf le docteur Paulin-Méry, boulangiste, et le docteur Paul Bourgeois, monarchiste.

— Nous trouvons dans *Natural Science*, du mois d'août, une curieuse note sur un fait qui vient de se passer en Ecosse. Un des professeurs de l'Université itinérante, faisant un cours de géologie, se serait permis de faire observer que la Providence n'a point placé assez de phosphates dans le sol d'Aberdeen, et aurait été jusqu'à critiquer le récit biblique de la création. Sur ce, un auditeur irascible assigna le professeur, et celui-ci semble n'avoir pas eu les honneurs de la journée. (*Revue scientifique.*)

Corps de santé de la marine et des colonies. — M. le médecin de 1re classe Planté, du port de Rochefort, est nommé à l'emploi de professeur-répétiteur de pathologie interne et thérapeutique à l'Ecole principale du service de santé à Bordeaux, en remplacement de M. le médecin principal Vergniaud, qui est rattaché au port de Brest.

M. le médecin de 1re classe Bourdon est envoyé en mission aux îles Molène et Triélien, où règne une épidémie de choléra.

M. le médecin de 1re classe Mialaret est désigné pour servir à la Nouvelle-Calédonie.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Hôpital de la Pitié. — M. Tillaux.

Tumeurs fibro-plastiques du sein.

Leçon recueillie par M. Thiéry, chef de clinique.

Je vais opérer aujourd'hui une malade intéressante, atteinte de tumeur du sein.

Déjà le 12 décembre, à propos d'un kyste essentiel de la mamelle, nous avons étudié les tumeurs, de cet organe puis, le 6 février nous avons étudié et opéré une femme atteinte de sarcome encéphaloïde de la mamelle.

La malade que je vais opérer présente un cas de diagnostic difficile. Elle est âgée de 53 ans ; pas d'antécédents héréditaires ou personnels à noter. Elle a eu plusieurs couches heureuses ; les règles ont cessé à 47 ans ; il y a dix-huit mois, à la suite d'un examen nécessité par des crises gastralgiques, son médecin constata accidentellement la présence d'une tumeur roulant dans le sein, du volume d'une noisette ; il lui conseilla de ne pas s'en occuper.

Il y a huit mois elle fit une chute (nov. 92), le sein porta sur une chaise et la douleur fut si violente qu'elle eut une syncope ; il y eut une ecchymose notable et accroissement rapide de la tumeur qui existait auparavant. On appliqua d'abord des pommades, il survint quelques légères douleurs et ses maîtres nous l'ont adressée.

Voici son état actuel : il existe à la partie supérieure et interne une tumeur volumineuse qui arrive presque à toucher le mamelon, mais en reste indépendante. La tumeur ne fait pas relief, ne constitue aucune bosselure à l'extérieur. La peau du sein est sensiblement normale avec quelques veines superficielles, elle n'offre qu'une petite modification sur laquelle je reviendrai.

La tumeur est un peu bosselée et nullement régulière, elle semble constituée par plusieurs masses bosselées et il y a encore des bosselures surajoutées.

La consistance en est difficile à constater ; il m'a semblé qu'elle était très ferme dans la partie externe, même dure à ce niveau. Ce n'est donc évidemment pas une tumeur liquide abcès froid, galactocèle ou kyste de la mamelle.

La consistance diffère un peu du côté des bosselures de la partie interne. Il y a là du ramollissement, presque de la fluctuation. Le chapitre des connexions de la tumeur avec les parties voisines est fort difficile à étudier ; si je les schématise sous forme de coupe de la paroi thoracique au niveau de la mamelle, nous constatons que les adhérences avec le grand pectoral sont nulles, et elles n'existent pas davantage avec l'aponévrose du muscle.

La tumeur ne présente aucune espèce de connexion avec le mamelon, qui n'est nullement rétracté et qui s'érige lorsqu'on le palpe ; quant

aux connexions avec la peau, nous voyons que dans presque toute l'étendue de la tumeur la peau peut être plissée, mais dans le point qui correspond à la partie inférieure et interne de la tumeur il y a, sur une étendue très minime il est vrai, une très faible adhérence à la peau.

Ses connexions avec la glande sont aussi assez difficiles à déterminer : nous avons vu qu'elle était mobile sur le plan sous-jacent, mais est elle mobile *avec* la glande qui l'entoure, ou est-elle mobile *sur* la glande devenue adhérente ?

Une tumeur est mobile sur la glande lorsqu'elle en est séparée par une sorte de capsule ; je crois pouvoir affirmer que chez notre malade la tumeur est encapsulée, car il me semble percevoir ce mouvement de translation entre la glande restée fixée et la tumeur.

Je viens d'appeler votre attention sur l'adhérence de la glande à la peau et ceci est un signe pathognomonique du cancer : il n'existe pas quand il y a une capsule. Nous trouvons donc un signe en faveur du cancer, adhérence à la peau, et un signe contraire au néoplasme malin, l'encapsulement.

Il n'y a pas de ganglions dans l'aisselle : la malade souffre, mais relativement assez peu.

Nous voyons donc une tumeur du sein, de date récente, qui en six mois a varié du volume d'une noisette à celui d'un œuf de dinde.

Elle est dure, irrégulière, bosselée, un peu adhérente à la peau ; elle est encapsulée ; il n'y a pas de ganglions.

Il faut maintenant chercher le diagnostic. Nous avons déjà éliminé toutes les tumeurs liquides.

Serait-ce un adénôme ? Je ne le crois pas. L'adénôme marche plus lentement et est plus régulier.

Le doute existe surtout entre le sarcome et le cancer ; outre l'intérêt scientifique, il existe un intérêt à pouvoir fixer le pronostic, qui diffère sensiblement.

Or il existe des signes pour et des signes contre l'une et l'autre hypothèse. En faveur du cancer développement rapide, adhérence de la peau, aspect inégal de la tumeur, âge de la femme ; d'autre part, tumeur encapsulée, sans adhérences avec le mamelon, absence de ganglions ; voilà bien deux caractères du sarcome.

Mon diagnostic est en effet sarcome : je vous ai dit que la consistance variait avec les parties de la tumeur que l'on examine ; on peut admettre que la tumeur sarcomateuse qui devient douloureuse depuis quelque temps se ramollit au point où la peau adhère ; cependant les adhérences du sarcome ne s'accompagnent pas de plissement de la peau comme nous en observons ici.

Or, dans ma leçon du 6 février, j'ai opéré devant vous un sarcome encéphaloïde ; s'agit-il de la même tumeur ici ? Bien évidemment, non ; Lebert et Robin ont bien différencié du cancer les sarcomes et y ont décrit deux variétés, le sarcome encéphaloïde et la tumeur fibro-plastique de Lebert à cellules fusiformes. Je pense que nous avons affaire à cette dernière variété de sarcome.

Quant au traitement, je suis d'avis d'enlever la totalité de la glande. Chez une jeune femme, dans le cas de sarcome, je pense qu'on peut faire l'ablation large de la tumeur mais partielle du sein, toujours en enlevant la

portion de glande qui confine à la capsule, car la capsule contient des parcelles de sarcome en voie d'évolution.

Mais, dans le cas particulier et dans le doute où nous restons sur la nature vraie de la tumeur, je préfère faire l'extirpation totale de l'organe.

L'opération est faite à la suite de cette clinique et la tumeur enlevée présente l'aspect macroscopique du sarcome ; cependant, un examen histologique est jugé nécessaire pour fixer définitivement le diagnostic.

HYGIÈNE

—

BULLETIN SANITAIRE

Nous espérions n'avoir plus à rédiger de bulletin sanitaire ; mais le choléra qui semblait sur ses fins, a repris une activité nouvelle à la suite des chaleurs inusitées qui se sont fait sentir récemment dans toute l'Europe. L'Italie et la Russie ont particulièrement été atteintes par cette recrudescence, mais la France n'a pas été épargnée.

Naples, dont les travaux d'assainissement sont loin d'être terminés, et qui est une ville fort malsaine, a vu augmenter le nombre de ses décès ; il est maintenant de 9 à 10 par jour. Rome en a 4 ou 5 ; à Palerme, il y a eu, le 9 août, 19 cas et 5 décès, à Cassino, il y a 1 ou 2 décès par vingt-quatre heures ; l'épidémie s'est étendue à Fossalto et on a enregistré 9 décès en quelques jours à Sulmona.

La maladie a pris une assez grande extension dans le sud de la Russie. La statistique officielle de la seconde semaine d'août, donne le nombre des cas et celui des décès survenus dans chacune des neuf provinces de Kief, de Nijni-Novogorod, du Don, de Samara, de Kalisch, de Kazan, de Kherson, de Minsk et de Simbirsk, le total est de 1,632 cas et 635 décès (233 cas et 90 décès par jour). A Moscou, seulement, il y a 90 cas et 38 décès en moyenne, dans les vingt quatre heures.

La maladie continue à régner en Roumanie, principalement à Braïla ; où le consul des Pays-Bas en a été victime. Des cas isolés ont été signalés à Sulina, à Tulcea et à Cernovoda. Il n'y a pas d'aggravation en Galicie, cependant ce territoire a été déclaré foyer cholérique conformément aux décisions de la conférence de Vienne.

La Prusse qui avait été indemne jusqu'ici commence à être touchée. Quelques cas ont été officiellement constatés à Berlin et dirigés sur l'hôpital de Moabit. Un jeune homme est mort à Donaueschirgen, du choléra dont il avait contracté le germe à Marseille. Un draguier du port du Ruhrort a succombé le 23 août à Drusbourg,

La correspondance de Budapest ne signale pas d'aggravation dans les régions de la Hongrie déjà atteintes par le fléau, mais il a pris une grande extension dans la vallée de la Theiss, où de nombreux villages ont été successivement atteints. On comptait, le 27 août, 87 communes envahies dans toute la Hongrie La statistique de 18 comitats donnait, dans les derniers jours d'août, 143 cas et 78 décès.

Le chef du comitat de Szolnok a été suspendu de ses fonctions pour n'avoir pas pris de mesures prophylactiques.

Quatorze cas de choléra et 8 décès ont été officiellement constatés dans le district de Madworna (Autriche), il y a eu 1 décès à Czermatyn et un à Czernowitz.

1 décès a eu lieu à Rotterdam; à Anvers on a enregistré 26 entrées dans les hôpitaux et 14 décès, pendant les vingt-quatre premiers jours d'août.

La maladie ne fait pas de progrès en Angleterre. Depuis le 25 juin on y a constaté 7 cas de choléra asiatique importés, mais ils sont restés isolés. Deux cas suspects ont été observés à Londres à la fin d'août.

Au Hedjaz, l'épidémie a cessé, sauf à Médine qui a été contaminé par les caravanes venues de la Mecque et dont le médecin sanitaire a succombé. Deux de ses prédécesseurs ont eu le même sort depuis un an.

Les premiers pélerins rentrés en Europe sont ceux de la Bosnie et de l'Herzégovine que le gouvernement autrichien avait fait accompagner par un service sanitaire. La moitié d'entre eux a succombé. Le choléra a pris fin au lazaret de Djebel-Tor, après y avoir fait une centaine de victimes. L'encombrement qui y a été excessif à un moment donné, a diminué notablement. Les navires à pélerins transitent en quarantaine le canal de Suez; plusieurs d'entre eux sont arrivés dans les lazarets de Beyrouth, de Smyrne et de Matifou dans des conditions sanitaires satisfaisantes. Le *Gergovia*, de la compagnie Fabre est arrivé le 27 août à Marseille, revenant de la Mecque, après avoir perdu vingt pélerins dont dix du choléra. Il a raconté que les navires français qui se trouvaient à Djeddah, avaient tous perdu une partie de leur personnel. A Tripoli, on signale de nombreux cas de choléra parmi les pélerins qui y purgent leur quarantaine. Le lazaret est entouré par un triple cordon sanitaire qui a jusqu'ici préservé la population.

L'épidémie continue à Smyrne, sans aggravation; en Tunisie, elle a été circonscrite à Nefta où elle avait éclaté; en revanche, on peut la considérer comme terminée à Biskra, à El-Kantara et à Batna, mais elle sévit toujours dans l'extrême sud de l'Algérie (1).

Nous voudrions bien terminer notre Bulletin en disant comme M. Monod (2), que les manifestations cholériques ont presque entièrement disparu du midi et de l'ouest de la France; mais malheureusement il nous arrive de Bretagne des nouvelles qui ne nous permettent pas de reproduire les conclusions optimistes de M. le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques. La petite île de Molène, située près d'Ouessant, et qui fut, il y a quelques années, le théâtre d'une épidémie de typhus exanthématique dont il a été plusieurs fois question dans le cours des discussions soulevées par l'épidémie récente, la petite île de Molène est ravagée par le choléra. Il y est mort plus de cinquante personnes depuis un mois, ce qui pour une population de 500 habitants donne une mortalité de plus de 10 pour 100. Un médecin de la marine et des infirmiers de l'hôpital de Brest y ont été envoyés; on a fait de même pour le bourg de Lampaul-Plouarzel où toute une famille de pêcheurs a été enlevée par l'épidémie. Elle est évidemment venue de Quimper dans ces deux localités.

---

(1) Communication de M. le docteur Proust au Comité consultatif d'hygiène de France. (Séance du 21 août 1893.)

(2) Communication de M. Monod, à la même séance.

Le ministère de l'intérieur a mis l'archipel en quarantaine, et la marine est chargée d'y veiller.

Il est malheureusement un peu tard, car la maladie a déjà passé sur le continent. A Brest et dans les communes suburbaines, on en a constaté quelques cas, rares, mais très graves. L'escadre du Nord a été envoyée dans la baie de Lauberlach et à la date du 28 août à laquelle remontent nos dernières informations, elle avait cessé d'envoyer des cholériques à l'hôpital maritime. La veille, était arrivé dans la baie de Camfrout, au fond de la rade, un bateau de pêche avec un de ses quatre hommes mort pendant la traversée.

Le choléra a éclaté à Nantes et M. le docteur Chantemesse y a été envoyé par le ministère de l'interieur.

Cette recrudescence a motivé partout l'aggravation des quarantaines. L'île de Malte, qui se fait toujours remarquer en ce cas par un zèle que réprouve sans doute l'Angleterre, dont les principes sont diamétralement opposés, l'île de Malte, disons-nous, impose une quarantaine de vingt et un jours à toutes les provenances des ports allemands de la mer du Nord, à ceux de la France, de la Belgique, de l'Italie et de l'Autriche-Hongrie, aux ports de la mer Noire, à ceux de Smyrne, de l'île de Chio, de Tchesmé, de Tripoli, de Tunis et de l'Algérie.

A Constantinople, une quarantaine rigoureuse par terre et par mer est infligée à toutes les provenances des pays contaminés ; en revanche, le conseil médical d'Athènes a repoussé la proposition du ministre de l'intérieur tendant à la fermeture des ports grecs aux provenances de Marseille, de Naples et de Smyrne.

En Roumanie, comme en Serbie, les voyageurs qui arrivent, par les chemins de fer du pays où règne le choléra, subissent une visite médicale et sont soumis à la désinfection, ainsi que leurs bagages.

La Prusse, prétextant la présence du choléra en Russie, vient d'interdire l'entrée des fourrages venant de ce pays.

REVUE DE L'HYGIÈNE

La vaccine à la Chambre des communes. — Nous avons parlé plusieurs fois de l'épidémie de variole qui sévit en ce moment en Angleterre et nous l'avons attribuée aux efforts de la ligue antivaccinatrice. Cette ligue a trouvé récemment un avocat à la Chambre des communes dans la personne de M. Hopwood. Il a demandé l'abrogation de la loi qui rend la vaccine obligatoire en Angleterre ; M. O'Connor est venu à la rescousse et a soutenu la proposition de son collègue. Ils ont réédité les arguments tant de fois produits par les adversaires de la vaccine et auxquels les faits ne se lassent pas de donner des démentis. Le secrétaire du *Local governement Board*, M. B. William Foster, a facilement triomphé des ces arguties et la Chambre a repoussé la motion de M. Hopwood ; mais par 136 voix contre 70 seulement. Un pareil nombre d'opposants dans le pays originaire de la vaccine, fait comprendre l'étendue des ravages que la ligue antivaccinatrice a fait dans l'opinion et contre laquelle l'autorité des statistiques ne parvient pas à prévaloir.

La diphtérie à Lyon. — Nous avons parlé, dans le temps, d'une petite épidémie de diphtérie qui régnait alors à l'Ecole de santé militaire de Lyon. Elle a frappé, pen-

dant les mois de mai et de juin, une quinzaine d'élèves, dont un a succombé. Cette épidémie a depuis longtemps pris fin; mais le *Lyon medical* nous apprend qu'on vient d'en découvrir la cause :

« L'hôpital Desgenettes, dit-il, où sont provisoirement casernés les élèves militaires, « est en contact avec l'hôpital de la Charité où existe un service de diphtériques. Une « fenêtre éclairant la cuisine de ce service, s'ouvrait sur l'hôpital Desgenette. » On vient « de clore cette ouverture par laquelle la contagion paraît avoir passé.

Secours aux noyés dans la ville de Paris. — M. le docteur Voisin a donné lecture au Conseil d'hygiène de la Seine, à la séance du 4 août, d'un rapport dans lequel il lui rendait compte des secours donnés aux blessés dans les différents postes établis à Paris. Nous en extrayons la partie relative aux noyés.

Les seize pavillons de secours établis sur les berges de la Seine et desservis chacun par deux gardiens de la paix relevés toutes les 24 heures, ont reçu, pendant l'année 1892, 415 submergés et, dans ce nombre, 17 seulement n'ont pas pu être rappelés à la vie. De pareils résultats sont à la louange des gardiens de ces postes ; ils témoignent de leur zèle et de leur capacité. Ils sont, du reste, très au courant de la façon dont il faut traiter les noyés et j'ai pu en juger dans les inspections que j'ai eu l'occasion d'y faire. M. Paul Brousse, membre du conseil municipal et du Conseil d'hygiène, a rappelé, à cette occasion, le vœu souvent émis par le Conseil, que la Compagnie des bateaux Parisiens fit donner à ses pontonniers, les instructions nécessaires pour utiliser les boîtes de secours qui sont entre leurs mains. M. Voisin s'est offert pour leur donner les mêmes instructions qu'aux gardiens de la paix, et M. le secrétaire général de la préfecture de police s'est chargé de transmettre le vœu du Conseil au directeur de la Compagnie.

La lutte contre les progrès de l'alcoolisme. — Le IVe Congrès international contre l'abus des boissons alcooliques a tenu ses séances à La Haye le mois dernier. Le docteur J. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine y a lu un important mémoire que la Revue d'hygiène reproduit *in extenso*, dans son mémoire du 20 août. Bien que tout ait été dit sur ce triste sujet, il est indispensable d'y revenir incessamment, de remettre sans cesse sous les yeux des mandataires des pays auxquels ces graves intérêts sont confiés, les conséquences menaçantes des progrès de l'alcoolisme et d'insister, avec une infatigable persévérance, sur les remèdes à y apporter. Le moment est opportun, puisque le Sénat n'a pas encore voté la loi sur la réforme des boissons que la Chambre des députés lui a transmise.

Personne ne pouvait avoir plus d autorité que le docteur Bergeron pour prendre la parole au Congrès de La Haye; il l'a fait avec son talent habituel. Les moyens qu'il propose sont ceux que tous les hygiénistes préconisent et que j'ai moi-même recommandés dans mes conférences et dans mes écrits : Limiter le nombre des cabarets; rétablir l'autorisation préalable avec les garanties sérieuses imposées par le décret du 29 décembre 1850, que la loi du 17 juillet 1880 a fâcheusement abrogées, et leur imposer une réglementation sévère. Elever les droits sur l'alcool, dégrever les boissons fermentées ainsi que le thé, le café et le sucre. Encourager les sociétés de tempérance, les publications, les conférences, tout ce qui peut contribuer à éclairer l'opinion sur l'étendue du péril social que fait naître l'alcoolisme. Tel est le programme sur lequel nous sommes tous d'accord, et que nous ne nous lasserons pas de soutenir et de défendre, sans nous faire illusion sur le résultat de nos efforts, parce qu'il s'agit d'une question vitale et que ceux qui ont mission de s'en occuper, ne peuvent pas déserter le poste où leur compétence les a placés.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

MÉDECINE

—

Etiologie des maladies chroniques du cœur

M. Schott a fait une intéressante étude portant sur 750 malades, parmi lesquels 245 présentaient des lésions organiques de l'endocarde, tandis que 505 souffraient de troubles cardiaques neuro-musculaires. L'auteur ne s'est pas contenté de ce que racontaient ses malades, sur les causes de leur affection; mais, toutes les fois que cela lui a été possible, il a demandé des renseignements aux divers médecins qui avaient soigné ces malades.

L'hérédité semble, à M. Schott, jouer un rôle très important, puisque 212 malades avaient, dans leur famille, un ou plusieurs cas d'affection cardiaque; sur les 245 malades présentant des lésions valvulaires, 58 avaient, dans leurs antécédents héréditaires, des cas semblables. L'obésité, l'arthritisme, l'artério-sclérose, sont des causes héréditaires très importantes; mais il faut moins attribuer les affections du cœur, dans une famille, à la prédisposition rhumatismale qu'à un état de faiblesse, de moindre résistance de l'organe, qui fait que toutes les maladies graves retentissent promptement sur lui.

Sur les 245 cas de lésions valvulaires, le rhumatisme aigu peut être incriminé dans plus de la moitié; les autres causes ont été, par ordre de fréquence: l'artério-sclérose, la scarlatine, la fièvre typhoïde, l'arthritisme, l'influenza, la diphtérie, la rougeole, etc.; dans un cas, l'endocardite était, sans aucun doute, de nature blennorrhagique. La syphilis, le diabète, l'ictère, le goître exophtalmique et, chez 9 malades, des déviations prononcées de la colonne vertébrale expliquaient les derniers cas. Chez ces 9 derniers malades, on percevait un murmure systolique très net; la lésion peut être attribuée à des causes mécaniques.

Le second groupe, plus nombreux, comprend les malades présentant des troubles neuro-musculaires au cœur; c'est-à-dire, pour ce qui regarde le tissu musculaire: la dégénérescence graisseuse, la dilatation partielle ou totale, la myocardite; et, pour ce qui regarde le système nerveux: les troubles moteurs et sensitifs et tout ce qui produit un épuisement de la force nerveuse. Dans ce groupe de 505 malades, l'hérédité, comme on pouvait s'y attendre, figure d'une façon encore plus remarquable que dans le premier. Les émotions prolongées ou subites, la fatigue intellectuelle pouvaient être accusées dans au moins 140 cas, tandis que 68 autres résultaient de l'exercice physique exagéré: ascensions en montagne, courses à pieds ou en bicyclette, surtout par des temps très chauds, canotage, danse, etc. Les maladies fébriles avaient produit 132 cas, et, chez 108 malades, la chlorose et l'anémie coexistaient. L'abus de l'alcool, du tabac, du thé, du café fut la cause de troubles fonctionnels et musculaires dans 101 cas, le tabac amenant même de véritables dégénérescences; à cette classe des causes, il faut ajouter les excès de nourriture D'autre part, dans 25 cas, il fallait accuser une nutrition défectueuse, par exemple, au moment de la puberté ou pendant le traitement de l'obésité.

Enfin, les derniers cas devaient être attribués aux grandes hémorrhagies, aux maladies constitutionnelles et principalement à l'artério-sclérose, aux affections gastriques, aux affections pulmonaires, aux anévrysmes, aux affections nerveuses, aux excès sexuels Certains médicaments trop longtemps continués, des changements brusques de température, les hautes altitudes, les traumatismes semblent être des causes prédisposantes. **(Berl. Klin. Woch, n° 31.)**

Maladie de cœur due à la bicyclette

M. E. Cautley rapporte l'histoire d'un malade qui présentait une lésion organique du cœur consécutive à un usage exagéré de la bicyclette.

Cet individu, âgé de 34 ans, n'ayant eu antérieurement qu'une attaque d'influenza, faisait chaque semaine, depuis cinq ans, d'énormes courses en bicyclette, s'efforçant par exemple d'aller dans le moins de temps possible de Londres à Brighton. Avant de faire de la bicyclette, il n'avait jamais fait d'exercices violents et sa vie était régulière et sédentaire ; dans ses antécédents héréditaires, ni maladie de cœur, ni rhumatisme, ni goutte ; quelques cas de phtisie..

La pointe du cœur battait dans le sixième espace, sur la ligne mamelonnaire ; les battements étaient lents et forts ; le premier bruit était prolongé. On entendait un murmure musical diastolique au niveau du second espace intercostal gauche près du sternum ; ce murmure se prolongeait en diminuant le long du bord sternal jusqu'au cinquième espace ; pouls à 54, régulier.

M. Cautley pense qu'il s'agissait d'une rupture partielle de l'une des valves aortiques, survenue chez un individu affaibli par une attaque d'influenza, et due à un exercice exagéré commencé assez tardivement.

En résumé, il pense que ce fait démontre que la bicyclette peut produire les plus fâcheux résultats, surtout chez les individus qui, menant une vie sédentaire toute la semaine, se livrent le samedi et le dimanche à un violent exercice dans le but de conserver leur santé et de gagner des forces. (*British Med. Jour.* 15 juillet.)

Pleurésie purulente s'ouvrant à l'ombilic

M. Willis rapporte le cas d'un enfant de 18 mois, chez lequel une grande quantité de pus sortait par l'ombilic; l'ouverture s'était faite le matin même tout à fait soudainement. L'examen de l'abdomen ne révélait rien. Les parents dirent alors que l'enfant avait eu quelques semaines auparavant une bronchite et une pleurésie ; M. Willis reconnut en effet l'existence de liquide dans la plèvre gauche. Une ponction exploratrice pratiquée entre la 5e et la 6e côte du côté gauche, vint confirmer ce diagnostic en amenant une seringue de pus. L'épanchement continua à se vider par l'ombilic pendant trois ou quatre jours, puis l'écoulement cessa. A ce moment tous les signes d'épanchement pleural avaient disparu et l'enfant guérit bien.

Il est difficile de tracer la route exacte que le pus avait suivie de la plèvre à l'ombilic; mais très probablement il avait fusé dans l'abdomen par ce point où les fibres antérieures du diaphragme forment en s'écartant un intervalle au niveau de l'appendice xiphoïde.

(*British Méd. Journ. 22 juillet*).

Une nouvelle méthode de traitement de la lithiase rénale

Les recherches de Colosanti sur la solubilité de l'acide urique dans la glycérine et la démonstration faite par Catillon et Hobraczewski, qu'une partie de la glycérine absorbée par la bouche passe dans les urines sans transformations, ont amené M. Hermann à penser que la glycérine pouvait être utilisée comme moyen thérapeutique dans la lithiase rénale. Il a eu facilement l'occasion d'appliquer cette méthode étant médecin des eaux à Karlsbad.

M. Hermann rapporte dix cas de lithiase rénale dans lesquels des doses de 50 à 100 grammes de glycérine pure, administrées une ou plusieurs fois, amenèrent l'expulsion de concrétions et d'une urine fortement chargée de mucus ; dans quatre cas, la médication ne fut suivie d'aucun de ces effets.

Tous les malades, sauf dans un cas, accusaient, deux ou trois heures après l'absorption de la glycérine, une sensation de brûlure, d'élancement dans la région des reins; si antérieurement les douleurs n'existaient que d'un côté, c'est aussi uniquement de ce côté que les douleurs se produisaient après l'absorption de la glycérine. Il y avait quelquefois de véritables coliques néphrétiques, mais elles diminuaient rapidement après l'expulsion des graviers.

Chez des personnes non atteintes de lithiase rénale, des doses aussi fortes de glycérine ne produisirent pas le moindre symptôme subjectif.

(*Soc. des Médecins allemands de Prague*).

Un cas d'exostoses multiples pédiculées

Dans ce cas, que rapporte M. Tom Robinson, l'influence héréditaire est très nette. Il s'agit d'un enfant de 12 ans, dont le père eut, à l'âge de 10 ans, une exostose à la partie interne du genou gauche; cette exostose disparut dans la suite, mais actuellement il en présente une assez volumineuse au niveau de la tête du tibia droit. Une tante du petit malade (la sœur de son père), âgée de 34 ans, présente une exostose volumineuse qui s'est développée depuis l'âge de 18 ans sur l'omoplate gauche; cette exostose est douloureuse de temps en temps et augmente de volume. Deux autres frères ne présentent pas d'exostoses, mais une seconde sœur, âgée de 29 ans, a sur chaque tibia une excroissance osseuse; enfin, un quatrième frère, âgé de 25 ans, en présente une sur l'épaule gauche.

On ne trouve rien de semblable chez la mère du petit malade, ni dans sa famille. Celui-ci présentait des exostoses sur l'épaule gauche, à la face externe et à la face interne de l'humérus droit, à la partie inférieure du côté droit du thorax, à la partis supérieure et externe du péroné.

Sir James Paget a rapporté un cas analogue (*Lectures on surgical pathology*), dane lequel l'hérédité paternelle était également très nette.

M. Tom Robinson insiste sur les trois particularités que présentaient les exostoses de son petit malade :

1° La remarquable influence de l'hérédité;

2° L'absence de symétrie;

3° L'absence d'exostoses sur les os du crâne. (*British med. Journal*, 1er juillet.)

BIBLIOTHÈQUE

—

Etude sur les tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes

Par le docteur F. Lagrange, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, Paris, Steinheil, 1893.

Ce travail est avant tout consciencieux et original. Il repose, nous dit l'auteur, également sur le laboratoire et la clinique et ce n'est pas là une vaine promesse. A chaque page, en effet, nous rencontrons des observations inédites suivies des examens histologiques complets des pièces qui s'y rapportent. Des planches très soignées et dessinées d'après nature en augmentent encore l'intérêt.

L'ouvrage comprend trois grandes divisions :

1° *Les tumeurs épipulbaires*, où nous voyons les moyens par lesquels la coque oculaire se défend contre l'envahissement des tumeurs malignes. Nous y trouvons : le sarcome

mélanique de la conjonctive, l'épithélioma de la conjonctive bulbaire avec ses formes coccidiennes et sa façon de progresser et de se généraliser, enfin les tumeurs épithéliales péribulbaires.

2° *Les tumeurs intraoculaires*, parmi lesquelles l'auteur s'occupe d'abord de quelques formes rares qu'il a eu l'occasion d'observer. Tels sont le myôme, le carcinome primitif et la tuberculose du corps ciliaire. Vient ensuite une étude complète du leucosarcome de la choroïde suivi d'un parallèle avec le gliome de la rétine. Un chapitre est consacré au pronostic et au traitement des tumeurs malignes intraoculaires, ainsi qu'au sarcome mélanique du tractus uvéal.

3° *Les tumeurs de l'orbite et de ses annexes*, contiennent des chapitres vraiment originaux. C'est d'abord la description d'un procédé nouveau d'extirpation des tumeurs du nerf optique expérimenté avec succès par l'auteur. Plus loin, ce sont les tumeurs kystiques de l'orbite, le sarcome mélanique des paupières suivi d'une note sur le pigmen mélanique en général et son mode de préparation. Citons encore une étude du chalazion faite surtout au point de vue pathogénique et une théorie sur le développement des cornes au sujet d'un cas de corne palpébrale.

Œuvre d'un chercheur, ce volume diffère trop souvent des idées reçues en ophtalmologie pour être conseillé au débutant, mais sa place est indiquée dans tous les laboratoires et sur la table de travail des chercheurs et des histologistes.

FORMULAIRE

Dans l'uréthrite blennorrhagique, Gangiano formule les injections suivantes :

Acide phénique pur	0,5	à	1	gramme
Glycerine	5		10	—
Eau distillée	100			—

trois ou quatre injections par jour.

Ou :

Acide phénique pur	1,4	à	2	grammes
Sulfate de zinc	0,5		1	—
Glycérine	10		15	—
Eau distillée	280			—

pour injections uréthrales.

L'injection suivante est utile dans la blennorrhagie chronique :

Acide phénique pur	0,5	à	1	gramme
Sulfate de zinc	1,5		2	—
Glycérine	10		30	—
Eau distillée	2.0			—

COURRIER

Légion d'honneur — Sont promus dans la légion d'honneur.

Au grade d'officier : M. le docteur Napias, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur.

Au grade de chevalier : MM. Bouilly, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux ; Tuffier, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux ; Fiquet, médecin du ministère de

Intérieur; Thulié, ancien président du conseil municipal de Paris; Babinski, médecin des hôpitaux; Garretta, membre du conseil général de l'Aude; Chambay, conseiller général de l'Orne; Cazaux, aux Eaux-Bonnes; Guillaumin, maire d'Alger; Delabost, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rouen.

— Le Conseil supérieur de l'Assistance publique sera prochaineme t appelé à examiner un projet très important, portant création, sur les terrains situés entre le boulevard Montparnasse et la rue du Cherche-Midi, de cinq pavillons réservés aux enfants malades.

Ces pavillons, dont l'ensemble formerait un nouvel hôpital, seraient réservés, les deux premiers aux enfants atteints de la rougeole; le troisième aux scarlatineux; le quatrième aux douteux; enfin, le dernier recevrait le trop-plein de l'hôpital Necker et de l'hôpital des Enfants-Malades.

Chacun des pavillons, élevé d'un étage sur rez-de-chaussée, contiendrait soixante lits.

— Une place d'interne en médecine est actuellement vacante à l'asile des aliénés de Lafond, La Rochelle (Charente-Inférieure).

Outre le logement, l'éclairage, le chauffage et la nourriture, les titulaires reçoivent une indemnité annuelle de huit cents francs.

Les candidats doivent être munis de douze inscriptions avec certificats d'examen.

Création d'un nouveau pavillon a Baudelocque. — On vient de mettre en service, à la maison d'accouchement Baudelocque, boulevard de Port-Royal, un pavillon au traitement des enfants débiles.

Jusqu'ici, les enfants nés à la Maternité, qu'ils soient vigoureusement constitués ou chétifs, étaient laissés à leurs parents qui, souvent, ne pouvaient pas leur donner les soins nécessaires. L'administration de l'Asssistance publique a pensé qu'il était nécessaire de remédier à cet état de choses, et c'est pour cela qu'elle a décidé la création d'une section dans laquelle les enfants débiles seraient soignés pour n'être rendus à leur mère qu'en parfait état de santé.

Etiologie du béribéri. — M. Ashmead revient, dans *Science* (28 juillet), sur sa théorie de l'étiologie du béribéri. Il en fait une intoxication par accumulation d'acide carbonique dans le sang, et croit observer une corrélation entre les épidémies de béribéri en mer et la présence de matières fermentescibles (sucre, café, etc...) dans la cargaison des navires atteints. L'idée est curieuse: mais avant d'accepter cette étiologie, il faudra bien des expériences. (Revue scientifique).

— M. le docteur Ricard, agrégé, est chargé du cours de pathologie chirurgicale, pendant l'année scolaire 1893-1894, en remplacement de M. le professeur Lannelongue, en congé.

Nécrologie. — Le Dr Baysallance, Monségur (Gironde). — Le Dr Moreau-Wolff. — Le Dr Regnier, médecin principal de 2e classe, médecin en chef de l'hôpital militaire de Nancy. — M. Chupin (Léon), interne des hôpitaux de Nantes, mort à l'âge de 25 ans, du choléra contracté en soignant des malades. — M. Bauduin, médecin à Quiévy (Nord). L. Jarnouen-Villartay (de Vitré), Ch. Péronne (de Sedan), Perrens, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Pitoux (de Vireux Wallerand), Robert (d'Indret), Roziès (de Bray-et-Lu) et Ruaux (de Chalais), Fichot (de Corbigny), Henry (de Recey-sur-Ource) et Moreau-Wolff (de Paris).

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE

On sait qu'au mois de septembre prochain (1894) aura lieu à Budapest, le VIIIe Congrès international d'hygiène et de démographie, sous le haut patronage de Sa Majesté Impériale et Royale Apostolique. Les travaux préparatoires de ce Congrès marchent active-

ment; il a déjà été fixé les rapports à faire aussi bien pour les dix-neuf sections d'hygiène que pour les sept sections de démographie, et même les savants priés de s'en charger ont déféré en général à la prière du comité exécutif. Dès le commencement du mois prochain, il sera adressé à tous les savants étrangers le programme détaillé des questions, classées par sections. De cette façon, avant le commencement de l'automne, les travaux préparatoires pour la partie scientifique du Congrès seront tout à fait achevés.

Ajoutons à ce propos que, conjointement avec le congrès précité, Budapest, verra une exposition d'hygiène, laquelle sera classée non pas comme une exhibition industrielle, mais en tant que spécialité destinée à illustrer les rapports lus au Congrès. Le programme de cette exposition sera également publié le mois prochain au plus tard.

Après la clôture du Congrès, le comité exécutif ménage à ses membres plusieurs excursions. Celle qui aura pour objet la visite du Bas-Danube, des Portes de Fer, de Belgrade et de Constantinople ne saura manquer d'avoir une grande attraction ».

De la thérapeutique par l'hypnotisme en Russie. — Jusqu'à ce moment le traitement par la suggestion étant interdit en Russie. Le département de la médecine au ministère de l'intérieur vient de l'autoriser dans les conditions suivantes :

« Les médecins pourront appliquer l'hypnose au traitement des malades, en observant strictement les dispositions de l'article 115 du Code de médecine. Ils seront tenus seulement d'informer les autorités administratives de chaque cas d'application de ce traitement, en désignant les médecins en présence desquels le malade aura été endormi. Les hôpitaux de l'État ne sont pas astreints à ces restrictions.

« Toute annonce du traitement par l'hypnotisme demeure interdite. »

Corps de santé de la marine et des colonies

Liste d'embarquement des médecins de 1re classe :

Brest. — MM. 1 Quédec ; 2. Négadelle ; 3. Bourdon : 4. Ch. Aubry.

Cherbourg. — MM. 1. Deblenne ; 2. Brannellec ; 3. Nollet ; 4. Vinas ; 5. Duprat.

Rochefort. — MM. 1. Dufour ; 2. David ; 3. Goron ; 4. Touchet ; 5. Lassabatie ; 6. Planté ; 7. Torel ; 8. Mercié ; 9. Brou-Duclaud ; 10. Tardif ; 11. Machenaud.

Toulon. — MM. 1. Buisson ; 2. Durand ; 3. Gauran ; 4. Ourse ; 5. de Bonadona ; 6. Amouretti ; 7. Cauvet ; 8. Pons ; 9. Jabin-Dudognon ; 10. Sibaud; 11. Duberc ; 12. Philip ; 13. Boutin ; 14. Théron ; 15. Reynaud ; 16. L. Alix ; 17. Barrême ; 18. Curet ; 19. Raffaëlli ; 20. Cognes ; 21. Poulain ; 22. Millou.

M. le médecin de 1re classe Bourbon est envoyé en mission aux îles Molène et Triélin, où règne une épidémie de choléra.

Les examens oraux pour l'admission à l'Ecole du service de santé de Bordeaux sont commencés par les soins du jury, composé de MM. le directeur Auffret, le médecin en chef Duchateau et le pharmacien en chef Chalmé.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

De la conduite à tenir dans les lésions opératoires (plaies, résection) de la portion extra-péritonéale de la vessie, herniée seule ou avec l'intestin. — En particulier de ce que l'on doit faire lorsque la lésion méconnue pendant l'opération, est reconnue immédiatement après l'intervention. — Quelques mots au sujet des hernies intra-sacculaires.

Par A. Demoulin, ancien prosecteur des hôpitaux, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris.

Grâce à la généreuse hospitalité qui m'a été offerte par le rédacteur en chef de ce journal, mon ami le docteur Rochard, j'ai pu relater, ici même, un cas de cure radicale de hernie crurale chez une femme, où, pendant la dissection de l'infundibulum pré-sacculaire, j'ai invaginé la vessie dans l'anneau crural. Cette vessie je l'ai reconnue à l'aide de signes que j'ai rappelés et que j'ai appris en lisant les auteurs qui ont écrit sur les hernies intestinales compliquées de cystocèles, en particulier l'excellent et récent mémoire de Lejars (1). Ces signes je les ai étudiés, avec soin, car au moment où j'ai opéré la malade dont on va lire l'observation, les ignorant ou à peu près, il m'est arrivé de prendre la vessie pour un second sac herniaire, de la réséquer largement (il s'agissait d'une cystocèle inguinale extra-sacculaire accompagnant une hernie de l'intestin grêle). Immédiatement après l'intervention, qui avait été fort longue, je pratiquai le cathéthérisme de la vessie, j'y trouvai du sang et lorsque la malade fut réveillée elle se plaignit de besoins impérieux d'uriner. J'examinai tout de suite le second sac que j'avais enlevé et il ne me fut pas difficile de reconnaître que sa face interne était tapissée par une muqueuse grisâtre, mince, soulevée, de-ci de-là, par quelques bandes rappelant les colonnes charnues de la vessie, et d'affirmer que je me trouvais en présence d'une partie de cet organe.

Je ne pus joindre M. Duplay dans la journée qui suivit l'intervention, je consultai mes aînés sur la conduite qu'il convenait de tenir en pareil cas et, suivant leurs indications, je pratiquai, dès le lendemain, en arrivant à l'hôpital, une incision hypogastrique pour aller à la recherche de la vessie et la suturer. Je dus faire de grands délabrements, à cause de l'embonpoint extraordinaire de la malade; elle mourut.

Mon cher maître, le professeur Duplay, voulut bien faire clinique quelques jours après sur ce cas malheureux. Avec son tact habituel, une bienveillance dont je ne saurais trop le remercier, M. Duplay commenta ma conduite (je ne dis point critiqua, l'expression serait inexacte), et posa quelques conclusions qui pourront servir de guide à ceux auxquels arriverait un malheur opératoire tel que le mien.

Etendant un peu le sujet de sa leçon, il a résumé la conduite que doit tenir le chirurgien en présence des cystocèles ouvertes ou non, qu'on les ren-

(1) Hernie inguinale simultanée de la trompe et de la vessie. Les hernies de la trompe. Les lésions opératoires de la vessie herniée. *Rev. de chir.* Janvier et février 1893.

contre seules ou avec l'intestin. Si ce ne sont point les termes exacts de sa leçon, qu'on trouvera ici, ce sont du moins les idées de mon maître qui sont devenues les miennes depuis que j'ai entendu sa leçon et lu quelques travaux dont on trouvera chemin faisant l'indication bibliographique.

Voici l'observation personnelle qui sert de base à ce travail.

La nommée P... Marie, 63 ans, célibataire, blanchisseuse, est entrée, le 13 avril 1893, à l'hôpital de la Charité, salle Gosselin lit n° 10, service de M. le professeur Duplay, pour des accidents d'étranglement herniaire.

Cette femme qui pèse certainement plus de cent kilos, n'a jamais été malade, n'a pas eu d'enfants, n'a point connu de hernieux dans sa famille. Elle raconte qu'elle a beaucoup grossi depuis une dizaine d'années et qu'elle porte depuis sept ans deux hernies qu'elle nous montre. L'une est ombilicale du volume d'un œuf de poule, irréductible, paraît de nature épiploïque, n'est point douloureuse quand on la palpe; l'autre est inguinale gauche, n'a point été maintenue par un bandage, et n'a jamais été, de même que l'ombilicale, le siège d'accidents. C'est sur elle que la malade appelle notre attention, nous disant que :

Le jeudi matin 13 avril, en se levant, elle fut prise d'une douleur subite dans l'aine gauche, douleur vive qui s'irradia bientôt à tout l'abdomen, s'accompagnant d'envies de vomir ; la hernie habituellement réductible ne put rentrer ; douze heures après le début des accidents, vomissements bilieux ; un médecin appelé fait transporter la malade à la Charité où elle arrive vers huit heures du soir.

Le vendredi 14 avril, à neuf heures du matin, vingt-quatres heures par conséquent après le début des accidents, je constate, dans le pli de l'aine gauche, la présence d'une tumeur nettement inguinale du volume d'une tête de fœtus à terme. Les téguments qui la recouvrent sont sains, la tumeur est nettement fluctuante. A cause de l'embonpoint du sujet il m'est impossible de faire un diagnostic exact du contenu ; je dis : à cause des accidents d'étranglement : incarcération de l'intestin, à cause de la fluctuation : liquide épanché en assez grande quantité dans le sac. C'est élémentaire, mais c'est, je crois, tout ce que je pouvais faire.

La tumeur inguinale est d'ailleurs douloureuse spontanément et surtout à la pression. Le ventre est sensible, mais assez souple.

Depuis 24 heures il n'y a ni selles, ni émission de gaz par l'anus, et je constate dans la cuvette qui est au chevet de la patiente la présence de vomissements fécaloïdes.

Le pouls est petit, fréquent, les extrémités froides, la température A. à 36°5.

Je n'essaie point le taxis et je pratique immédiatement la kélotomie.

Incision de la peau sur une longueur de 12 centimètres dans le grand axe de la tumeur, parallèlement à l'arcade crurale ; je tombe sur de nombreuses couches cellulo-graisseuses, sillonnées de grosses veines saignant assez abondamment. J'arrive enfin sur un sac peu épais du volume d'une petite orange, nettement fluctuant. Je l'incise, il s'écoule 200 grammes environ de liquide citrin, nullement sanguinolent, sans odeur; après quoi, je trouve une anse d'intestin grêle longue de 30 centimètres environ. Elle est de couleur rosée, ne présente pas trace de constriction, pas de plaques ecchymotiques, ni de taches couleur feuille morte. Pas d'épiploon dans le sac. Il n'y a plus

de canal inguinal, mais un véritable trou, admettant facilement les extrémités réunies du médius et de l'index dans la paroi abdominale extrêmement épaisse.

La réduction de l'intestin n'est pas très facile, la malade respirant assez mal, mais en piquant rapidement sur l'anse herniée avec l'extrémité de l'index de chaque main, j'arrive assez promptement à faire rentrer l'intestin.

J'examine alors le sac, il est large, mince, facilement disséquable vers le fond. Tandis que je continue la dissection, remontant vers le trou de la paroi, M. Bois, interne du service, qui me donne son précieux concours, me fait remarquer que le sac présente sur son côté interne, une masse graisseuse composée de lobules très fins, masse donnant quand on la palpe, quand on cherche à la faire rouler entre les doigts, la sensation d'un gros intestin recouvert de graisse. Elle est très adhérente à la partie postéro-interne de la face externe du sac, dont je ne puis l'isoler qu'à coups de ciseaux petits et lents ; malgré les précautions que je prends pour raser, autant que possible, le sac, et ne pas blesser l'organe dont je ne soupçonne guère la nature, je blesse ce dernier, et, par la petite plaie que je viens de lui faire, s'écoulent quelques gouttes d'un liquide jaunâtre plus foncé que celui du sac. M. Bois dit que ce liquide a une odeur urineuse, malheureusement je ne l'entends pas Je mets une pince à forcipressure sur le point blessé et je continue ma dissection aussi haut que possible. J'arrive à séparer le sac d'avec la masse qui est en dedans de lui, c'est très pénible, mais enfin j'ai deux choses sous les yeux : en dehors le sac, en dedans une masse piriforme épaisse, recouverte d'une couche graisseuse dont on ne peut la séparer. Qu'était-ce que cette masse ? Je la considérais, hélas ! comme un deuxième sac plus épais que le premier. Je l'ouvris largement, il ne contenait rien et pour cause. J'introduis alors une éponge dans la cavité de chacun des sacs afin de les bien distinguer. Je me débarrasse du sac externe, et j'applique une seule anse de catgut sur son pédicule très mince. En agissant de même pour le second sac, je suis frappé de l'épaisseur du pédicule que je forme, aussi je le traverse, à sa partie moyenne, avec un double fil, et je lie séparément chacune des moitiés. Les deux pédicules rentrent facilement dans l'abdomen.

Suture de la paroi : Deux points profonds sur les plans fibreux (soie) ; suture du tissu cellulo graisseux sous-cutané fort épais (surjet à la soie). La peau est trop abondante, j'en résèque un peu sur chacune des lèvres de la plaie que je réunis au fil d'argent. Pansement iodoformé ouaté.

L'opération a duré une heure et demie. Pour qu'on laisse la malade tranquille pendant quelque temps, je la sonde.

A ma grande surprise, je retire de la vessie une cuillerée à soupe d'un liquide sanguinolent.

Je songe immédiatement à une blessure de la vessie.

M. Bois me dit avoir signalé, pendant l'opération, que le liquide sorti de ce que je croyais être un deuxième sac, avait une odeur urineuse.

J'examine le sac épais et je reconnais un fragment de vessie sans péritoine, ce fragment se présentait sous la forme d'un cylindre haut et large de 2 centimètres environ ; déroulé, ce cylindre représentait un rectangle à peu près régulier, haut de 2 centimètres, large de 4 centimètres. J'insiste

sur ce fait que la portion reséquée m'a paru absolument saine, point amincie, comme cela est la règle dans les cystocèles anciennes.

Pendant que je procédais à ces constatations, la malade s'était réveillée et se plaignait d'un besoin continuel d'uriner.

La résection d'une partie de la vessie, prise pour un deuxième sac n'était que trop certaine.

La malade était fatiguée. Je ne crus pas devoir intervenir de nouveau, j'étais d'ailleurs embarrassé sur la conduite à tenir. Je mis donc une sonde à demeure, puis allai raconter mon aventure à des hommes autorisés, leur demandant conseil, cela tout en surveillant ma malade.

Les conseils étaient ainsi formulés : Incision hypogastrique. Recherche de la vessie. Suture de l'organe, à trois plans.

Quant à la malade, le soir de l'intervention à 7 heures elle ne vomit plus, rend des gaz par l'anus. La sonde a bien fonctionné, 300 grammes environ d'urine à peine teintée en rouge. Température A. à 38°2.

Le lendemain matin, 24 heures après l'opération, la température est à 37°6. La malade a soif et faim. Gaz par l'anus. 500 grammes d'urine claire rendue pendant la nuit; soit 800 grammes depuis l'opération, encore, une certaine quantité de liquide a-t-elle passé entre la sonde et les parois de l'urèthre, imbibant le lit. La miction est donc satisfaisante.

L'état général est bon. Le pansement tient bien.

J'aurais dû ne rien faire, attendre les événements. Oui, mais j'avais un conseil et je dis à la malade que j'avais à compléter ma première opération. Elle se trouvait si bien qu'elle accepta tout de suite ma proposition et voici très succinctement ce que je fis le samedi matin 15 avril.

Incision de la taille hypogastrique. Enorme couche graisseuse préaponévrotique, traversée en faisant une hémostase complète. Recherche assez pénible de la ligne blanche que j'incise. Je n'essaie pas de voir le péritoine, je vais derrière la symphyse et cherche à relever la graisse prévésicale. Je n'y arrive que très péniblement; et, en manœuvrant pour le faire, je sens que la vessie contient un peu de liquide (donc la sonde à demeure ne fonctionnait plus ou fonctionnait mal depuis quelques heures), elle s'élève, très peu d'ailleurs, au dessus du pubis.

Après bien des tâtonnements je sens, derrière la symphyse du pubis, un peu à gauche de la ligne médiane, les fils que j'avais posés la veille sur mon pseudo-second sac; mais je ne puis attirer la vessie par en haut. Alors section transversale du grand droit du côté gauche à 2 centimètres environ au-dessus de son insertion pubienne. Cela ne me sert presque à rien, je sens seulement un peu mieux les fils vesicaux. Je détruis la suture de la plaie inguinale dans ses 2/3 internes, et, pour avoir plus de jour, je réunis le milieu de la plaie hypogastrique à celui de la plaie inguinale, coupant l'arcade crurale; j'obtiens deux lambeaux que je fais écarter de même que le grand droit sectionné.

J'introduis l'index de la main gauche derrière la symphyse, cherchant à soulever un peu la vessie au-dessus du pubis, tandis que l'index et le médius de la main droite saisissent par en haut cet organe au niveau du point où les fils ont été placés. J'attire ainsi la vessie par en haut, je la saisis toujours au niveau des fils qu'elle porte avec une pince de Museux, et je peux, enfin, la maintenir un peu élevée, avec deux gros fils de soie que je passe

de chaque côté de la pince. Je constate que la plaie est parfaitement oblitérée par les fils qui ont servi à pédiculiser le pseudo-second sac. Je les enlève néanmoins et la plaie vésicale se présente sous la forme oblique en bas et à gauche, d'une incision extra-péritoniale, longue de 4 centimètres environ.

Je fais trois plans de suture au catgut, à points séparés, l'un sur la muqueuse, le second sur la musculeuse, le troisième sur le tissu cellulo-graisseux pré-vésical ; puis je réunis avec de la soie les deux bouts de l'arcade crurale, le corps du muscle grand droit du côté gauche à ses attaches pubiennes, les deux droits ensemble et enfin je suture les incisions cutanées au fil d'argent, drainant l'angle interne de la plaie inguinale.

Je rétablis la sonde à demeure.

La malade, bien que l'intervention ait encore duré une heure 1/2, se réveille un peu fatiguée, mais sans choc.

Le soir, à 6 h. 1/2, la température est à 37°5. Le pouls à 84°, un peu irrégulier. La malade ne se plaint que de petites douleurs hypogastriques déterminées par les secousses d'une petite toux sèche assez fréquente dont elle a été prise vers 3 heures de l'après midi.

La sonde à demeure fonctionne bien, 200 grammes d'urine non teintée de sang, depuis l'opération.

Le dimanche matin, 16 avril, j'apprends que la nuit a été bonne. L'état général est satisfaisant, la sonde a donné 600 grammes d'urine un peu trouble, pendant la nuit. La toux continue fréquente, sèche. Température : 37°8. Râles sous-crépitants aux deux bases. Ventouses sèches.

Le soir, à sept heures, je trouve la malade un peu affaissée, somnolente. La respiration est difficile, fréquente, s'accompagne de ronchus sonores. Température : 38°, pouls fréquent, irrégulier.

Pendant la nuit, délire, toux fréquente, expectoration presque nulle.

Le lundi matin, 17 avril, à huit heures et demie, la malade répond à peine aux questions qu'on lui pose, sa respiration est de plus en plus embarrassée, le facies bleuâtre. Températaure : 38°4, pouls plus plein que la veille à 110.

La sonde n'a pas fonctionné, mais le lit est mouillé, la sécrétion urinaire a donc continué, mais la miction s'est faite entre l'urèthre et la sonde oblitérée par des détritus blanchâtres. Je la lave et la remets en place.

Le soir, affaissement complet ; il ne s'est écoulé par la sonde qu'un peu d'urine boueuse (200 grammes environ), la respiration est de plus en plus embarrassée.

Délire intense pendant la nuit.

Le mardi matin, 18 avril, affaissement complet, facies violacé ; la malade meurt à midi et demi sans que les ventouses sèches, le champagne, l'acétate d'ammoniaque aient empêché la marche progressive de l'asphyxie.

Autopsie le jeudi 20 avril, à dix heures du matin.

Je défais les sutures de la paroi abdominale, elles ont bien tenu, il n'y a pas d'épanchement sanguin, pas la moindre trace de suppuration entre les divers plans.

J'arrive sur la vessie : avant de l'examiner, je constate que le péritoine qui se réfléchit sur cet organe n'a pas été blessé pendant l'intervention, le cul-de-sac vesico-abdominal est intact. J'ouvre la séreuse abdominale sur la

ligne médiane, et je vois, dans la fosse iliaque gauche, les plicatures du péritoine dues à la constriction du fil appliqué au-dessus du collet du vrai sac herniaire. L'infundibulum pré-herniaire a été complètement détruit. La séreuse abdominale ne présente pas la moindre trace d'inflammation ; l'intestin à ses caractères normaux, n'est point congestionné, il m'est impossible de distinguer l'anse grêle herniée primitivement.

Je reviens à l'appareil urinaire.

Les reins sont un peu congestionnés, mais sains, de volume normal, enfouis dans une atmosphère cellulo-graisseuse d'une épaisseur considérable.

Les uretères ne sont point malades, ne sont dilatés en aucun point de leur trajet.

Avant d'enlever la vessie, je la distends avec 300 grammes de liquide environ, je constate que les sutures tiennent bien, il n'y a pas de suintement à leur niveau. La ligne de réunion commence près du sommet de la vessie, immédiatement au-dessous du péritoine, à gauche de la ligne médiane, et se dirige obliquement en bas vers le bord correspondant de la vessie, dans une étendue de 3 centimètres environ.

J'enlève la vessie et l'urèthre. Je fends avec des ciseaux la paroi supérieure du canal, prolongeant l'incision sur la ligne médiane de la vessie. Cet organe ne contient pas de sang, sa muqueuse est de couleur blanche, rosée ; au niveau des sutures il y a quelques petits caillots infiltrés sous elle. Sa capacité me paraît un peu moindre qu'à l'état normal el, fait intéressant, *ses parois ne sont altérées en aucun point*, *amincies nulle part.* Je retrouve l'embouchure des uretères avec ses caractères normaux.

L'autopsie nous a révélé une surchage graisseuse du cœur et *une congestion pulmonaire double* ayant envahi la totalité des organes, congestion ayant entraîné la mort.

Je signale, en terminant cette longue observation, ce fait que la malade n'avait jamais présenté de troubles de la miction.

Je ne connais que deux cas semblables à celui que je viens de rapporter. L'un appartient à M. Duplay, qui l'a relaté succinctement (dans la clinique (1) dont je donnerai tout à l'heure les conclusions) à peu près dans les termes que voici : « Je me suis trouvé, il y a une dizaine d'années, en présence d'un cas absolument analogue à celui de M. Demoulin. Il s'agit d'un vieillard qui fut apporté à l'hôpital Beaujon pour une grosse hernie inguinale étranglée depuis quelques heures. il était entré dans mon service, pendant la nuit ; je le vis à la visite du matin et l'opérai immédiatement. Je trouvai un sac herniaire que j'incisai et qui contenait de l'intestin grêle en assez bon état pour être sans crainte rentré dans l'abdomen. Je constatai à la partie interne de ce sac la présence d'une masse recouverte d'une couche graisseuse consistante. Je la pris pour un second sac lipomateux que j'ouvris. Je ne trouvai dans sa cavité ni liquide, ni intestin. Je terminai vite l'opération de la kélotomie, car je n'avais point l'intention de faire la cure radicale, qu'on ne pratiquait guère à cette époque. A peine le malade était-il éveillé, qu'il accusa un besoin impérieux d'uriner, besoin qu'il ne put satisfaire ; on le sonda quelque temps après mon départ et on retira de la vessie

(1) S. Duplay. Clinique inédite, faite à l'hôpital de la Charité le 21 avril 1893.

du liquide sanguinolent. C'était donc une hernie de la vessie que j'avais prise pour un second sac herniaire.

Le malade, d'ailleurs très affaibli, mourut vite, avec des symptômes d'urémie.

L'autopsie nous montra une plaie de la vessie siégeant en dehors du péritoine. Les parois étaient extrêmement amincies, avaient perdu leurs caractères normaux : aussi je ne fus pas surpris de les avoir méconnus pendant l'intervention.

Nous trouvâmes la cause de la mort rapide de notre malade dans des lésions très prononcées de pyélo-néphrite ; lésions qui rendent dangereuses les blessures de la vessie, blessures qui offrent en général, comme je vais vous le montrer, un pronostic favorable. »

La troisième observation que je connais, est résumée dans le mémoire de Lejars (1), publiée *in extenso* dans la thèse de M. Siegel de Würburg. Je n'ai pu malheureusement me procurer le travail de Siegel et je me borne à copier ce qui suit dans Lejars.

1° Extrait du tableau :

« Jungengel 1892 (obs. publiée in Siegel. *Zur Casuistik der Blasenhernien.* Inaug. Diss. Würburg 1892 et provenant de la clinique du professeur Schönborn.)

Homme, 34 ans, hernie inguinale droite. Cystocèle sans sac. Sac herniaire vide, lipomateux. Incision puis dissection, ligature au niveau du « collet », excision de toute la portion herniée. Douleurs, urines sanglantes.

On suppose d'abord une piqûre d'un diverticule herniaire de la vessie.

48 heures après, réouverture de la plaie ; on trouve dans la paroi vésicale une large perte de substance. La ligature jetée sur le collet de la vessie herniée avait glissé.

Suture à trois étages de la plaie vésicale, sonde à demeure. Fistule établie au 8e jour. Guérison de la fistule au bout de huit jours, cicatrisation complète au bout d'un mois et demi. »

2° On lit dans le texte :

« L'opérateur, M. Jungengel, s'était mis en devoir de pratiquer la cure radicale d'une hernie inguinale qu'il croyait simple. On isola non sans peine ce qui semblait être le sac herniaire, on l'ouvrit, il était vide ; la paroi avait une épaisseur de près d'un centimètre ; elle était formée d'un tissu très serré qui saignait peu, elle était lisse à sa face interne. Ce « sac herniaire » fut disséqué jusqu'à l'anneau et une forte ligature au catgut jetée sur le pédicule ; résection de toute la portion sous-jacente, sutures. Trois quarts d'heure après douleur vive, hématurie ; l'une et l'autre continuent le lendemain, l'état s'aggrave. Au bout de 48 heures, la plaie est ouverte ; on trouve le ventre rempli de sang ; dans la paroi de la vessie un trou à passer deux doigts, et, près de cette perforation, le catgut qu'on avait jeté sur le collet du « sac » et qui avait glissé ; on avait confondu avec un sac herniaire, un diverticule vésical hernié à l'aine ; on l'avait incisé et lié. *Toilette soignée du péritoine, suture de la plaie vésicale. Au 8e jour il se produit une petite fistule qui, au bout de quelques semaines, se tarit spontanément.* »

J'ai tenu à reproduire exactement ces deux passages, parce qu'ils se com-

(1) Lejars. (*Loc. cit.*)

plètent l'un l'autre. On y trouve bien une contradiction. La cystocèle, nous dit-on d'une part, est sans sac; de l'autre, on écrit que le ventre, lors de la seconde intervention, est plein de sang, on parle de toilette soignée du péritoine. Comment se fait-il que la résection d'une cystocèle sans sac ait pu amener l'ouverture du péritoine? Cela se comprend à la rigueur en admettant que la section a porté à l'union de la portion extra-péritonéale avec la portion intra-péritonéale de la vessie, ou bien qu'elle a été faite à la fois sur la portion extra-péritonéale et sur la portion intra-péritonéale; et dans ce dernier cas on aurait dû retrouver quelques débris du péritoine sur le pseudo-sac enlevé; c'est ce que l'observation ne nous dit pas; mais qu'importe! Ce que je veux faire remarquer ici, c'est que, malgré la réussite de l'opération, malgré la suture à trois plans faite à la vessie, il y a eu formation d'une fistule urinaire qui a guéri spontanément.

De ces trois faits, il ressort clairement que la blessure de la vessie, ignorée pendant l'opération, a été reconnue immédiatement après l'intervention à l'aide de deux signes :

α) Le besoin impérieux d'uriner, accusé immédiatement après le réveil par le malade sans qu'il puisse le satisfaire.

β) La présence du sang dans la vessie constatée par le cathéthérisme.

Que convient-il de faire en pareil cas ?

Le malade de M. Duplay a succombé rapidement à des lésions avancées de pyélo-néphrite.

Le nôtre est mort de l'intervention faite pour aller à la recherche de la vessie et pour substituer à la ligature une suture convenable.

Celui de Jungengel a guéri, mais il n'en est pas moins vrai que la suture à trois étages n'a point empêché la formation d'une fistule urinaire qui, d'ailleurs, s'est oblitérée spontanément.

Il est impossible de tirer des conclusions de ces trois faits.

Cherchons à tourner la difficulté, ce qui est possible, en nous demandant ce que deviennent les plaies opératoires de la vessie herniée? quels résultats a donnés jusqu'alors la suture du réservoir urinaire?

Le mémoire de Lejars contient 20 cas de lésions de la vessie herniée seule ou avec un autre viscère (intestin, trompe) nous en ajoutons 2, soit 22 observations qui nous donnent les résultats suivants :

Mort, 8 cas;

Guérison après fistule (oblitération spontanée de la fistule), 11 cas;

Fistule persistante, 1 cas;

Réunion immédiate après suture, 2 cas.

Les morts se décomposent ainsi :

1 cas de congestion pulmonaire (Demoulin); 1 cas de choc (Polaillon) (1); 1 cas d'abcès stercoral indépendant de la plaie de la vessie; la suture vésicale avait été suivie de succès (Guterbock) (2); 1 cas d'Hedrich (3) « où la malade mourut dix-neuf jours après la kélotomie d'accidents très com-

(1) Obs. indiquée dans la thèse de Bourbon, aussi dans le mémoire de Lejars.

(2) Guterbock (obs. citée in. Mémoire de Lejars).

(3) Hedrich. Recherches pratiques sur le diagnostic et le traitement de la cystocèle inguinale rencontrée au cours d'une Kélotomie, par le docteur Hedrich, assistant de MM. les docteurs Bœckel. (*Gaz. méd.*, Strasbourg, 1890.)

plexes ; il subit une uréthrotomie interne pour rétrécissement de l'urèthre, présenta plus tard les signes d'une occlusion paralytique de l'intestin qui nécessita l'établissement d'un anus contre nature. » (Lejars) ; et de quatre morts. Je veux bien innocenter Guterbock et Hedrich ; mais il m'est impossible d'en faire autant pour mon excellent maître, M. Polaillon, et pour moi. Donc, enregistrons déjà deux morts dues à l'intervention.

(*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 septembre 1893. — Présidence de M. Le Fort

Guérison de la névralgie spasmodique de la face. (Tic douloureux.)

M. Jarre lit sous ce titre un mémoire dans lequel il cherche à établir et à fixer non seulement la pathogénie ou le mécanisme de production de cette affection si douloureuse et si rebelle, mais aussi un nouveau mode de traitement qui lui a donné autant de succès que d'interventions.

On sait qu'il s'agit ici d'un mal contre lequel se sont vainement exercés les efforts des médecins et des chirurgiens, ces derniers ayant plusieurs fois pratiqué des résections nerveuses ou même l'ablation du ganglion de Gasser.

Il résulte du travail de M. Jarre que : 1° le tic douloureux de la face ou névralgie spasmodique de la cinquième paire est constamment symptomatique de lésions nerveuses cicatricielles périphériques.

2° Ces lésions ont pour siège les extrémités terminales des nerfs inclus dans la région alvéolaire ;

3° L'arthrite alvéolo-dentaire chronique et les accidents infectieux déterminés par l'éruption vicieuse de la dent de sagesse inférieure sont les causes les plus communes des lésions cicatricielles alvéolaires qui sont le point de départ de la névralgie spasmodique de la face ;

4° Le traitement à opposer à cette affection est la résection extemporanée de la région alvéolaire cicatricielle. Cette opération comprend trois temps : 1° excision de la muqueuse et du périoste recouvrant la partie du bord alvéolaire à réséquer ; 2° résection du bord alvéolaire dénudé ; 3° rugination de la partie osseuse. La plaie est ensuite lavée et pansée au moyen d'une boulette d'ouate imbibée d'un liquide antiseptique.

Les suites de l'opération sont des plus simples. Un résultat immédiat, c'est la diminution considérable du nombre des crises et au bout de quatre ou cinq jours leur suppression complète.

Dix malades chez lesquels toutes les médications internes ou externes avaient échoué, ont été gueris par cette méthode.

De la protection des enfants du premier âge

M. Blache expose une statistique montrant les résultats obtenus en 1891, dans le département de la Seine, par l'application de la loi Roussel, relative à la protection des enfants du premier âge.

Sur 4,850 nourrissons soumis à la protection, 2,067 ont été élevés au sein, 2,169 au biberon et 612 par des gardeuses. Sur ces 4,850 nourrissons 352 ont succombé : 123, c'est-à-dire 35 pour 100 étaient élevés au sein; 220, soit 62 pour 100, au biberon; 9, soit 3 pour 100, étaient en sevrage ou en garde. La mortalité a été, par rapport aux saisons, plus grande en été et au printemps, qu'en hiver et en automne.

M. Blache fait ressortir : que l'alimentation au sein est incontestablement supérieure à toute autre alimentation; que l'enfant élevé au sein, mais qui par suite d'insuffisance de sa nourrice a besoin de l'allaitement mixte et auquel on donne le lait stérilisé, se développe mieux que les enfants du même âge élevés simultanément au sein et au biberon avec le lait ordinaire; enfin lorsqu'il faut recourir à l'alimentation artificielle, on ne devra employer que du lait stérilisé.

A quatre heures, l'Académie — réduite à 8 membres — se forme en comité secret pour voter sur les conclusions du rapport de M. Cadet de Gassicourt sur le prix Civrieux.

De l'emploi de certaines manipulations dans le traitement de quelques phénomènes nerveux.

Ce sont les affections les plus difficiles à combattre qui bénéficient souvent le plus de certains moyens bizarres, mais susceptibles cependant d'apporter sinon la guérison, du moins une amélioration évidente. L'empirisme dans ces cas remplace la médication raisonnée et le traitement devient à la portée de tous. Il n'en est pas moins vrai que les manœuvres dont nous allons parler ont pu rendre dans quelques maladies certains services et comme elles sont tout à fait inoffensives, on va en juger, nous croyons utile de les porter à la connaissance de nos lecteurs.

Et tout d'abord parlons de *l'asthme des foins*. C'est presque une ironie de songer à traiter cette affection dans une année où l'herbe n'a pu être fauchée où la récolte manque complètement et où les malheureux bestiaux en sont réduits à manger les feuilles des ormes. Si les foins n'ont pu être récoltés, l'asthme des foins s'est cependant déclaré à sa période saisonnière et nous avons pu, il y a quelques jours, en constater plusieurs cas.

Eh bien, un médecin allemand de Hambourg, le docteur Ferber, atteint chaque année de la fièvre des foins au point d'en être sérieusement incommodé même dans l'exercice de sa profession, a réussi à réduire les attaques de cette affection à un point fort supportable et cela par un moyen très simple. Il avait remarqué que durant l'accès d'asthme la muqueuse nasale est congestionnée et le pavillon de l'oreille est au contraire d'une pâleur excessive. Il eut l'idée de se frictionner les oreilles jusqu'à ce qu'elles devinssent d'une rougeur intense. Cette petite manœuvre pratiquée avec une vigueur et une énergie suffisantes dès que l'accès d'asthme s'annonce ou même lorsqu'il est déclaré, a toujours réussi à prévenir ou affaiblir notablement les symptômes de la fièvre des foins. Après s'etre appliqué cette méthode à lui-même, M. Ferber a obtenu également de bons résultats chez ses clients atteints de la même affection.

On pourrait donner de ce phénomène de nombreuses explications en s'appuyant sur la physiologie; nous préférons recommander ce moyen d'une application facile, que nous ne manquerons pas de mettre à profit dès que l'occasion s'en présentera.

C'est une manœuvre à peu près du même genre qui a été préconisée par un médecin suisse, M. Naegely, pour couper les terribles accès de la coqueluche. Dans certains cas, les névralgies du trijumeau, si difficiles à faire disparaître, se sont même bien trouvées de la pratique suivante : Dès que la quinte commence, il faut élever l'os hyoïde et le larynx et les maintenir pendant 60 à 90 secondes dans cette position. Pour cela, l'opérateur se place en face du malade; avec les deux pouces, il élève les grandes cornes de

l'os hyoïde, tandis que les index s'appliquent sur les oreilles et les autres doigts sur la nuque.

Le succès obtenu dans la coqueluche encouragea M. Naegely, qui, comme nous l'avons dit, procédant par analogie, appliqua la même manipulation au traitement de plusieurs états nerveux : névralgies du trijumeau, hémicranies, hystérie, nausées d'origine nerveuse, etc. D'après ce médecin suisse, il suffit souvent d'une seule séance pour faire disparaître complètement la douleur ; d'autres fois, on est obligé d'avoir recours au même procédé à plusieurs reprises.

Le nombre des cas traités avec succès par cette méthode s'élève à plus de cinquante, nous dit l'auteur. Quant à l'explication scientifique du résultat obtenu, M. Naegely ne peut jusqu'à présent la donner, et même s'il la trouve elle sera toujours probablement discutable.

Qu'il s'agisse là de tractions sur les nerfs ou sur le larynx, de phénomènes d'inhibition analogues à ceux étudiés par Brown-Séquard, peu importe ; le moyen est encore simple et facile et cela suffit pour légitimer son application.

COURRIER

Docteurs-médecins, députés. — Voici les noms des docteurs-médecins qui vont faire partie de la nouvelle Chambre des députés : Amodru, Bizarelli, Bourcy, Bourgeois (Vendée), Bourgoin, Bourrillon, Chambige, Chantelauze, Chapuis, Chassaing, Chautemps, Chevillon, Clament, Cledou, Cosmao-Dumenez, David (Alban), Defontaine, Delbet, Dellestable, Denoix, Dron, Frébault, Gacon, Gérard, Guéneau, Guignard, Guillemaut, Henrion, Herbet, Isambard, Labrousse, Lacôte, Lafont, Lannelongue, Le Borgne, Legludic, Leroy (Ernest) (Somme), Mandeville, Marmottan, Merlou, Méry (Paulin), Michou, Pedebidou, Parteyron, Quintaa, Rey (Lot), Ricard (Henri) (Côte-d'Or), Signard, Theulier, Thonion, Turigny, Vacherie, Viger, Vigné (d'Octon).

Inauguration du buste de Daviel a Marseille. — La Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Marseille a pris l'initiative d'ériger un buste à Jacques Daviel, qui fit dans cette ville la première opération de cataracte par sa méthode d'extraction.

L'inauguration du buste a eu lieu le mois dernier à l'Hôtel-Dieu de Marseille, à l'occasion du deuxième centenaire de la naissance de Daviel. A cette solennité assistaient le ministre des finances, les autorités du département, le corps des médecins et chirurgiens des hôpitaux de la ville, ainsi que nombre de confrères et d'étudiants en médecine ; la famille était représentée par M. Alfred Daviel, arrière-petit-neveu du célèbre oculiste. Un discours très applaudi a été prononcé, au nom de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux, par son président, M. le docteur Paul Vidal.

— Après la morphinomanie, l'éthéromanie, la cocaïnomanie, voici une nouvelle forme d'intoxicatiou chronique. C'est la *paraldéhydomanie*. Elle a été signalée par un journal d'Édimbourg, chez un cocher qui avait pris de la paraldéhyde pour lutter contre des insomnies intraitables. Malgré la saveur désagréable du médicament, il se mit à en abuser, et arriva à un degré de faiblesse telle qu'il fallut le nourrir à la cuillère. Les troubles nerveux et psychiques étaient intenses, mais on a pu le déshabituer graduellement, et la guérison a été complète (*Revue scientifique*).

Expérience sur le venin des serpents. — La *Semaine médicale* publie le résultat d'expériences nouvelles faites sur ce sujet par M. J. Carreau (de la Pointe-à-Pitre). Cet auteur a étudié les altérations du sang survenant chez les animaux à la suite de la morsure du

Bothrops lanceolatus (désigné aussi sous les noms de *Fer de lance* ou *vipère jaune de la Martinique*), serpent dont la blessure est rapidement mortelle.

Le sang des animaux « envenimés » est, comme on sait, d'un brun très foncé. Il a tout à fait l'aspect du jus de pruneaux. Il ne se coagule plus : il reste entièrement liquide depuis le moment où il est extrait des gros vaisseaux. Il contient, immédiatement après la mort et aussi pendant la vie, de la méthémoglobine en abondance, ainsi que l'a montré l'examen spectroscopique pratiqué par M. Carreau. Enfin, il a perdu son alcalinité dans une proportion considérable, voisine de la neutralité. Il s'agit donc, dans l'intoxication par le venin du bothrops, — état que M. Carreau désigne par le nom très caractéristique d' « envenimation ». — d'une *méthémoglobinémie suraiguë*.

La diminution considérable de l'alcalinité du sang dans l' « envenimation » a donné à M. Carreau l'idée de combattre au moyen d'injections intra-veineuses de bicarbonate de soude les effets du venin, et il a injecté à deux chiens, dans l'une des veines jugulaires externes, cinq seringues de 5 grammes d'une solution saturée et filtrée de bicarbonate de soude. Ces chiens, piqués en plusieurs endroits par un bothrops, ont pu résister a l'action du venin. Cependant, un troisième chien, plus petit, auquel des injections intra-veineuses de bicarbonate de soude devaient être également pratiquées, succomba à la morsure du bothrops, mais au bout de seize heures seulement.

Il y a là un côté intéressant qui pourra peut-être être le point de départ d'un traitement efficace.

Nécrologie. — MM. les docteurs Kholodenko (de Paris). M. Faudel (Charles-Frédéric), né à Colmar en 1826, plus connu comme naturaliste que comme médecin. M. Joubert, ancien médecin de la marine, membre de la mission d'exploration du Mékong, que dirigèrent successivement Doudart de Lagrée et Francis Garnier, officier de la Légion d'honneur.

Corps de santé de la marine et des Colonies. — Liste d'embarquement et de départ pour les colonies des officiers du corps de santé de la marine :

Médecins en chef : MM. 1. Roussel; 2. Geoffroy; 3. Mathis; 4. Duchateau; 5. Bertrand; 6. Dupont; 7. Laugier; 8. de Fornel; 9. Talairach;

Médecins principaux : MM. 1. Frison; 2. Miquel; 3. Léo; 4. Vantalon; 5. Canoville; 6. Dollieule; 7. Delisle; 8. Ed. Roux; 9. Cantellauve; 10. Riche; 11. Bodet; 12. Abelin; 13. Siciliano; 14. Barallier;

Médecins de 2e classe : MM. 1. Ripoteau; 2. Mottin;

Médecins des troupes : MM. les médecins de 1re classe. 1. Buisson; 2. Tréguier; 3. Castagné; 4. Plouzané; 5. Daliot; 6. Clavel;

MM. les médecins de 2e classe : 1. Séguin; 2. Berriat; 3. Labouesse; 4. Rozier; 5. Hutre; 6. Doublet; 7. Condé; 8. Hennequin; 9. Duranton; 10. Guy.

MM. le médecin de 1re classe Amouretti et le médecin de 2e classe Caire embarquent sur la *Nive*.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

De la conduite à tenir dans les lésions opératoires (plaies, résection) de la portion extra-péritonéale de la vessie, herniée seule ou avec l'intestin. — En particulier de ce que l'on doit faire lorsque la lésion méconnue pendant l'opération, est reconnue immédiatement après l'intervention. — Quelques mots au sujet des hernies intra-sacculaires (1).

Par A. DEMOULIN, ancien prosecteur des hôpitaux, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris.

Dans une autre catégorie de faits nous trouvons : 1 mort par urémie probable; l'autopsie a révélé des lésions de pyélo-néphrite suppurée (cas de M. Duplay) ; 1 mort le 3e jour par urémie bien constatée ; l'autopsie montre toutes les lésions d'une urétéro-pyélite ancienne (Pilz) ; 1 mort au bout de 24 heures (Roux) ; 1 mort au bout de 48 heures (E. Bœkel) ; il n'y a pas eu d'autopsie dans ces deux derniers cas, mais Lejars, auquel j'emprunte la plupart de ces détails, dit : « Il est rationnel de supposer que les opérés de Roux et de Bœkel, âgés, avaient des lésions urinaires »; et il ajoute : « Aussi, sera-ce dans les cystocèles anciennes et chez les sujets âgés que le pronostic d'une déchirure herniaire de la vessie sera grave. » Fort bien, mais, tout compte fait, j'ai sur 22 cas 6 morts imputables à la blessure de la vessie; c'est une grosse proportion de près de 25 p. 100. On me dira que les 4 malades atteints d'urémie ne devraient pas entrer en ligne de compte ; si fait, car ces malades vivaient avant l'intervention et rien ne prouve que si leur étranglement avait été levé, sans qu'on eût blessé leur vessie, ils n'auraient pas continué à se bien porter ; cela dit bien que je n'ignore pas la fâcheuse influence des propathies, en particulier des lésions rénales, sur les opérations.

(1) Voir le numéro du jeudi 7.

FEUILLETON

Hygiène municipale

. . . .

LE PRÉSIDENT. — La parole est au Rapporteur de la commission chargée etc..., etc...

LE RAPPORTEUR. — Messieurs, des bruits malveillants ont été répandus au sujet de l'état sanitaire de notre cité et des conditions de notre hygiène urbaine. Ils ne tendaient à rien moins qu'à faire croire à l'invasion d'une épidémie de choléra asiatique (d'autres disent indien), laquelle épidémie devait trouver en cette ville, assurait-on, un terrain admirablement préparé pour un développement rapide. Pour couper court à ces rumeurs calomnieuses, vous avez nommé une commission, chargée de rechercher les défectuosités offertes par les services municipaux ayant trait à la salubrité publique. Ce sont les résultats d'une enquête sévère, consciencieuse et compétente, que j'ai l'honneur d'exposer en ce moment devant vous.

I

Nous avons dû nous assurer d'abord de l'existence réelle du choléra et, disons-le tout de suite, nous avons acquis la conviction qu'il n'y en avait pas. (*Applaudissements.*)

Donc, les plaies opératoires de la vessie, si elles ne sont pas graves chez les individus sains, le deviennent au contraire chez ceux qui ont des lésions rénales, et ces lésions ne sont pas rares dans les cas de cystocèles anciennes qui leur donnent très probablement naissance. Et puis on ne peut choisir ses malades ; aurait-on diagnostiqué une pyélo-néphrite chez un patient qui porte à l'aine une hernie qui semble être l'origine d'accidents d'étranglement qu'il faudrait tout de même l'opérer, et si pendant l'intervention on trouvait la vessie, qu'on la blessât, il faudrait prendre son parti de la gravité du cas.

Donc ces faits doivent entrer en ligne de compte dans une détermination opératoire, d'autant que les étranglements herniaires ne sont pas rares chez les vieillards dont les reins sont si souvent altérés.

Dans les cas où la suture de la vessie a été faite, qu'a-t-elle donné?

« Il est un fait à relever, c'est le peu de fréquence relative de la réunion immédiate, *complète*, de la plaie vésicale après suture. Sur les 12 malades qui ont survécu (sur 20), 9 fois la déchirure vésicale a été régulièrement fermée sur toute sa longueur et 2 fois seulement (Lucas-Championnière, Thiriar) la cicatrisation s'est faite d'emblée, sans laisser de fistule, sans laisser de suintement urineux. » (Lejars.)

Voilà qui est bien fait pour ne pas nous engager, lorsque nous reconnaîtrons une blessure de la vessie immédiatement après l'intervention, à faire une nouvelle opération pour appliquer une suture, pour remplacer une ligature par des points passés à l'aiguille.

Qu'il y ait plaie de la vessie, perte de substance de cet organe, que la lésion soit ou non intra-péritonéale (1), ce qu'il y a de frappant, c'est l'absence d'infiltration urineuse. Elle est facile à comprendre quand une ligature bien appliquée est restée en place, mais il est des cas où la ligature n'a

(1) Je trouve pourtant ceci dans une observation de Feilchenfeld : « Cependant on a dû faire des incisions pour une infiltration urinaire qui s'était faite au pourtour de la plaie (*Berliner Klin Woch.* 1882 (p. 40).

Nous n'en voulons pour preuve que le désaccord même des médecins qui l'ont appelé, tantôt choléra asiatique ou indien, comme je l'ai déjà dit, tantôt choléra morbus ou choléra bleu. Plusieurs ont même parlé de choléra d'importation.

Devant de pareilles variations dans le diagnostic, nous sommes en droit de refuser de croire à la présence dans nos murs du vrai choléra, du choléra sans étiquette, le seul dont nous ayons à nous préoccuper. Il est vrai qu'un certain nombre de décès ont eu lieu, tant en ville que dans les hôpitaux, à la suite de maladies de courte durée ayant tous les caractères de grosses indigestions, avec vomissements et forte diarrhée. Mais dans la saison de l'année où nous sommes, cela n'a rien de surprenant. Presque partout les renseignements qui nous ont été fournis nous ont permis de croire que ces indispositions mortelles ont été la conséquence d'une ingestion immodérée de prunelles (*Très bien, très bien.*), petit fruit acide du prunellier, si abondant sur les haies de nos champs et dont nos concitoyens sont malheureusement trop friands...

Un membre du conseil. — Mais les années précédentes on a également mangé des prunelles sans que les mêmes faits...

Le président. — Je vous interdis d'interrompre. Monsieur le Rapporteur, veuillez continuer la lecture de votre très intéressant travail. (*Oui, oui, lisez.*)

pas tenu, où elle a été retrouvée à côté de la vessie, et, cependant l'infiltration n'a pas eu lieu. Je ne vois, en tout cas, le fait signalé nulle part.

Ce qu'on observe le plus souvent, c'est la formation d'une fistule urinaire qui, dans bien des cas, a été le premier et le seul signe révélateur d'une lésion de la vessie. (Guelliot (1), Israël (2), Reverdin (3), etc , etc.)

Sauf un cas, celui de Platner, où la fistule a persisté, l'oblitération spontanée s'est toujours faite.

Ces fistules apparaissent assez promptement après l'intervention ; le septième jour (Israël), au dixième jour (Guelliot) ; elles se tarissent plus ou moins rapidement au bout de cinq jours (Lucas-Championnière), de deux mois (Potempski), de quatre mois et demi (Lejars) ; « mais on ne sait rien sur leur durée exacte. » (Lejars.)

De tout ceci il résulte :

1° Que l'intervention faite pour suturer la vessie, lorsqu'on s'est aperçu de sa blessure immédiatement après l'opération, peut :

(A) Entraîner la mort (notre cas);

(B) Ne pas empêcher la formation d'une fistule (cas de Jungengel) (4).

2° Que la suture de la vessie échoue le plus souvent (5) ;

3° Que si on n'intervient pas, il se forme une fistule urinaire, dont le pronostic est absolument favorable

Les conclusions, semble-t-il, sont faciles à tirer :

---

(1) Guelliot, Congrès français de chirurgie, 1889

(2) Israël (observation publiée par Feilchenfeld (*in Berliner, Klin. Woch.* 1882, p. 40).

(3) Reverdin, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1890, n° 4, p. 698.

(4) Jungengel, 1892 (observation publiée in Siegel, *Zur Casuistik der Blasenhernien*, Inaug. Diss. Vürburg 1892 et provenant de la clinique du professeur Schœborn).

(5) Il y a cependant quelques réserves à faire à ce sujet. Si la suture ne tient pas, c'est que souvent la vessie est en mauvais état. La pratique de la résection de toute la partie malade pour faire une suture en bon tissu rendra les succès plus nombreux; surtout si on la combine à la suture à trois plans.

Le rapporteur. — L'inanité des bruits concernant une épidémie cholérique étant ainsi péremptoirement démontrée, il nous reste à faire toucher du doigt la fausseté des accusations portées contre la salubrité de la ville.

II

Prenant pour guide Hippocrate, dont nos docteurs modernes ne récuseront pas l'autorité, nous avons fait trois parts dans nos investigations : les *Airs*, les *Lieux* et les *Eaux*.

Des airs, nous ne dirons rien, n'ayant pu savoir au juste ce que signifiait ce pluriel. D'ailleurs, chacun sait combien l'air de notre région est pur et salubre. Ceci ne fait de doute pour personne et il n'y a pas lieu d'insister.

Par le mot *les lieux*, nous entendons seulement les rues et les égoûts. Le temps nous eût manqué pour pénétrer dans l'intérieur des maisons, sans compter que la discrétion, la bienséance et la délicatesse s'unissaient au désir que nous avions de faire vite, pour légitimer cette apparente restriction de nos recherches.

Nos rues, Messieurs, sont admirablement propres. On peut affirmer qu'à midi sonnant, les ordures ménagères sont presque complètement enlevées. C'est par exception qu'on peut voir encore, dans le courant de l'après-midi, des détritus s'étaler sur quel-

La blessure de la vessie ayant été reconnue immédiatement après l'opération drainez, mettez une sonde à demeure, surtout ne faites point de laparotomie; au pis aller vous aurez une fistule et celle-ci guérira spontanément.

Depuis quelque temps, la conduite à tenir lorsqu'on rencontre la vessie (1) est bien arrêtée.

Qu'on nous permette de la résumer dans les différents cas qui peuvent se présenter, sous forme de conclusions que voici :

Dans le cours d'une cure radicale de hernie, (nous avons surtout en vue ici la hernie inguinale), on rencontre la vessie, de deux choses l'une :

(A) *On la reconnaît* : 1° soit avant de l'ouvrir ;

On la reconnaît : 2° soit après l'avoir blessée.

(B) *On ne la reconnaît pas*, ce n'est que :

1° Immédiatement après l'opération ;

2° Quelques jours seulement après l'intervention, qu'on constate sa blessure.

(A) 1° La vessie est reconnue avant d'avoir été ouverte.

(1) Les signes qui permettent de reconnaître la hernie extra-péritonéale de la vessie, au cours d'une intervention sanglante, sont :

1° La présence d'une masse graisseuse de caractères variables, située à la face interne du sac et recouvrant la vessie. (C'est un signe de présomption, mais qui d'ailleurs n'est pas constant, 7 fois il manquait sur 18 observations; (Lejars.)

2° La possibilité, en suivant du doigt la portion herniaire, d'arriver derrière le pubis et de reconnaître sa continuité avec la vessie. (Ceci s'applique aussi bien aux hernies intra-sacculaires qu'aux hernies extra-sacculaires);

3° La constatation, par le toucher, de la présence dans la cavité de la poche accolée au sac herniaire, du bec d'une sonde introduite par l'urèthre ;

4° Enfin, mais très rarement, la reconnaissance par l'opérateur, des plans musculaires lisses, qui appellent immédiatement l'attention sur la vessie.

---

ques chaussées (encore ont-ils été bien réduits par le passage des chiffonniers). Nous ne craignons pas de dire que peu de capitales ont une voirie aussi soignée que la nôtre. Les ruisseaux, source trop fréquente de méphitisme et d'exhalaisons malsaines, sont, chez nous, irréprochables. Grâce à une température et à une sécheresse exceptionnelles, grâce aussi, on peut l'avouer sans fausse modestie, aux sages mesures d'économie que le conseil a su prendre et dont je reparlerai à propos des eaux, nous n'avons plus de ruisseaux, et ce serait un étrange abus de langage de donner ce nom aux rigoles parfaitement sèches qui longent la bordure des trottoirs.

Ce serait absolument parfait, sans la manie regrettable que les habitants du rez-de-chaussée en général et les boutiquiers en particulier ont prise d'arroser l'asphalte devant leurs maisons et leurs magasins. Cet arrosage fait sans mesure laisse tomber dans la rigole une certaine quantité d'eau qui y stagne, s'y corrompt et se transforme en un purin infect.

De très simples mesures de police auraient promptement raison de cette coutume absurde de l'arrosage. Pourtant, le croirait-on, quelques personnes ont émis l'incroyable prétention de généraliser au contraire ce déplorable système et d'arroser largement toutes les rues, même à l'eau de mer, si l'eau douce faisait défaut. Sans parler de l'im-

Deux cas peuvent se présenter :

α) La vessie est saine, et se laisse disséquer assez facilement ;

β) La vessie est atrophiée, amincie ; elle est alors le plus souvent très adhérente, soit au canal inguinal, aux parois du sac, au cordon, et il est bien difficile de ne pas la blesser.

α) La vessie non ouverte est saine, la portion qui se présente à l'opérateur communique largement avec le reste de l'organe resté derrière la symphyse. Réduisez-la.

β) La vessie non ouverte est amincie, atrophiée, en grattant la graisse qui la recouvre (hernie extra-sacculaire la plus fréquente) on voit apparaître des bulles formées par la muqueuse herniée à travers les restes de la tunique musculaire ; il faut, comme le recommandent Monod et Delagénière (1). comme l'a fait Lejars (2) pratiquer une excision large de la paroi, car l'important est de faire une suture (à trois étages) en bon tissu.

Si on trouve un diverticule de la vessie dont la communication est oblitérée, il faut extirper ce diverticule. (Monod et Delagénière.)

2° La vessie a été ouverte.

α) Elle est saine (suture soignée à trois plans) ;

β) Elle est atrophiée : comme tout à l'heure résection large de la portion malade et suture en bon tissu ;

γ) Elle peut être infectée : « Il sera bon, comme le recommande Thiriar, de disposer deux tubes adossés en canon de fusil dans la cavité vésicale. On laissera une sonde à demeure le moins de temps possible, au plus trois jours, le malade urinant ordinairement seul à cette époque. » (Bourbon.) (3).

B. La blessure de la vessie n'a pas été reconnue pendant l'opération.

Ici encore deux cas peuvent se présenter :

(1) Monod et Delagénière (*Rev. chir.* 1889).

(2) Lejars (*Loc. cit.*).

(3) H. Bourbon. De la cystocèle inguinale rencontrée au cours de la kélotomie. (Thèse Paris, 1892.)

possibilité matérielle de réaliser ce projet avec l'unique tonneau que nous possédons, il nous suffira de renvoyer ces faux hygiénistes aux beaux ouvrages de Fonssagrives et de les prier de prendre connaissance de ce qu'il a dit du « marais nautique ». L'expérience a suffisamment prouvé que toute l'insalubrité des navires tient à la pénétration de l'eau de mer dans leur intérieur ; nous ne voulons pas accepter la responsabilité d'une pareille imprudence. (*Assentiment unanime.*)

Un membre du conseil. — Plusieurs villes, cependant, se trouvent bien de cet arrosage et d'ailleurs la cale des navires ne saurait être comparée...

Le président. — J'ai déjà interdit les interruptions. Mon cher rapporteur, je vous prie de n'en pas tenir compte. (*Plusieurs voix : Continuez très bien.*)

Le rapporteur. — Ce que je viens de dire des rues me dispenserait de parler des égouts. Il n'y arrive pas une goutte d'eau, nous nous en sommes minutieusement assurés. Comment pourraient-ils être malsains dans ces conditions ? On prétend qu'il s'exhale de leurs orifices des odeurs pestilentielles ; il ne faut rien exagérer, Messieurs ; il s'en exhale des odeurs désagréables, cela est certain, mais vraiment il faut avoir un étrange esprit de contradiction pour s'en étonner et s'en plaindre, car il n'a jamais été dans la nature des bouches d'égout de sentir la parfumerie.

1° La blessure est reconnue immédiatement après l'opération.

2° Elle ne se révèle que les jours suivants par une fistule.

1° La blessure est reconnue immédiatement après l'opération (besoin d'uriner, hématurie), il faut :

α) Immédiatement drainer de la vessie à la plaie ;

β) Mettre une sonde à demeure (1).

Il y aura fistule qui guérira spontanément.

2° La blessure ne se révèle que les jours suivants par la formation d'une fistule urinaire.

Les uns ont fait, pour amener une oblitération rapide du trajet : de la compression avec un bandage herniaire (Berger), des cautérisations répétées au nitrate d'argent (Israël), etc., peu importe !

Ce qu'il faut avant tout : c'est être propre, afin d'empêcher l'irritation des parties molles souillées par l'urine et surtout savoir attendre la guérison spontanée de la fistule qui est la règle.

Avant de terminer ce travail, je tiens à en justifier le titre. Si je n'ai parlé que des blessures opératoires des cystocèles extra-sacculaires, c'est qu'elles sont de beaucoup les plus fréquentes.

Sans doute, on trouve dans la littérature médicale quelques cas bien observés de hernie vésicale intra-sacculaire, je citerai en particulier les faits de Leroux (2), de Krœnlein (3), de Walther (4), de Berger (5). Il y en a d'autres encore, mais leur clarté m'a paru laisser à désirer.

L'observation de Leroux ne nous intéresse guère, puisqu'on n'est pas

(1) Faut-il, dans le cas où on suture complètement la vessie, mettre dans sa cavité une sonde à demeure ? Je ne saurais résoudre cette question, tout ce que je puis dire, c'est que les uns en recommandent l'emploi (Duplay), d'autres le rejettent absolument.

(2) Ch. Leroux (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1880.

(3) Krœnlein. (*Arch. für Klin. chirurg*, 1876, t. XIX, p. 420.)

(4) Ch. Walther, obs. publiée in Th. Bourbon, Paris, 1892.

(5) Berger, in Duret, Th. agrég., 1883, et Th. Bourbon, 1892.

III

La question des *eaux* n'a pas été moins dénaturée que celle des *lieux* ; nous espérons vous faire partager notre conviction à cet égard.

Nous nous occuperons successivement des *Sources municipales* et de celles de la *Compagnie des Eaux*.

Les premières sont captées presque dans le périmètre de notre agglomération urbaine. A cela nous voyons l'avantage d'en permettre la visite fréquente et la surveillance facile. On prétend que leurs bassins de captage sont disposés de manière à en rendre la contamination presque assurée. Pour les unes, en effet, le terrain qui les entoure est littéralement tapissé de matières fécales. La propreté peut y trouver à redire, mais non l'hygiène, à notre avis, car ces matières, que nous avons soigneusement examinées, paraissent toutes provenir de personnes bien portantes qui ne sauraient transmettre une maladie qu'elles n'ont pas ; à l'avenir, toutefois, il serait peut-être bon, pour supprimer tout prétexte à criailleries, de faire planter aux alentours quelques écriteaux « *sous peine d'amende* ».

D'autres sources se trouvent à peu de distance et en contre-bas de larges fosses à purin, où se recueillent les produits liquides provenant de dépotoirs. Ici, Messieurs, per-

intervenu. L'autopsie du malade a montré une cystocèle intra-sacculaire.

Les cas de Krœnlein, de Walther méritent de nous arrêter un moment.

Krœnlein, en opérant un homme de 40 ans pour une hernie inguinale, trouve dans le sac plusieurs anses intestinales et les réduit, après quoi il constate dans ce sac la présence d'un deuxième sac d'un volume considérable, masqué tout d'abord par les anses intestinales herniées, recouvert d'une séreuse. Cette séreuse est incisée avec précaution entre deux pinces. Krœnlein arrive sur une couche de fibres musculaires lisses dont la disposition rappelle celles de la vessie; il constate, en injectant de l'eau par l'urèthre, que la deuxième poche trouvée dans le sac communique avec la vessie, que quand elle est vide de liquide elle se réduit facilement. Pas de doute : le deuxième sac rencontré dans le premier n'est autre chose que le réservoir urinaire. La plaie n'est pas réunie. Quelques jours après l'intervention, le malade meurt, pendant une ponction intestinale, pratiquée sous le chloroforme, en aspirant des matières vomies.

Walther, dans le cours d'une intervention, chez un homme de 59 ans, pour une hernie inguinale droite étranglée, trouve, après ouverture du sac, une anse intestinale à la partie externe de l'anneau inguinal, une volumineuse poche kystique sortant par la partie interne de ce même anneau; il réduit vite l'intestin après l'avoir désinfecté. La poche qui accompagne l'intestin est blanc jaunâtre, à parois épaisses, glissant l'une sur l'autre, recouverte de péritoine. Sa partie supérieure ramassée en une sorte de pédicule plonge derrière le pubis. Introduction d'une sonde par l'urèthre, elle arrive facilement dans la poche en question. Donc, il s'agit d'une hernie de la vessie qui est réduite après un large débridement, à ciel ouvert, du canal inguinal. Guérison.

On voit que les constations qui ont permis de reconnaître dans ces deux cas la cystocèle intra-sacculaire sont les mêmes que celles dont on a besoin pour diagnostiquer les hernies extra-sacculaires de la vessie; le lipôme sous-herniaire excepté.

M. Berger, chez un homme âgé de 66 ans, porteur d'une hernie inguinale

---

mettez-moi de formuler à mon tour un dilemme. De deux choses l'une, en bonne logique : ou le purin est sain ou il ne l'est pas. Dans le premier cas, son voisinage ne saurait être dangereux, même en admettant quelques infiltrations problématiques que le goût de ces eaux ne nous a pas fait constater; dans le second cas, les microbes eux-mêmes, ces hypothétiques insectes dont il devient irritant d'entendre sans cesse parler sans jamais les voir, les microbes, dis-je, n'y pourraient pas vivre et dès lors nous n'aurions rien à en craindre. (*Bravo, bravo ! applaudissements frénétiques.*)

Deux mots encore au sujet des eaux de la Compagnie, et j'aurai terminé. Ici, le gros grief serait l'existence d'une porcherie importante située à l'origine du petit vallon où viennent sourdre toutes les sources qui alimentent le réservoir principal. Les animaux élevés dans cette porcherie y sont nourris, en partie, avec de la viande de vieux chevaux dont les entrailles sont abandonnées sur le sol où elles se putréfient à l'air libre : de là, assure-t-on, danger de souillure de la nappe souterraine et des petits ruisselets environnants. Au premier abord, cette menace paraît sérieuse; un instant de réflexion suffit cependant à en faire voir toute l'inanité; d'ailleurs, il faut bien que ces entrailles de solipèdes pourrissent quelque part, et qui pourrait affirmer qu'un autre emplacement ne serait pas moins dangereux ?

droite, trouve après ouverture du sac herniaire qui paraît ne contenir que de l'épiploon, en relevant cet épiploon, une bosselure gris noirâtre, tendue, fluctuante, grosse comme une noisette. Cette bosselure, il l'a prend d'abord pour un deuxième sac qu'il ouvre, onstate après cette ouverture, non point la surface lisse d'une cavité herniaire, mais la présence d'une muqueuse tomenteuse et pense alors à une blessure du colon entraîné dans la hernie. Bref, il suture un peu irrégulièrement la plaie qu'il avait faite à ce qu'il supposait être le colon.

L'écoulement de l'urine au 7e jour, par la plaie inguinale, vient démontrer à l'opérateur qu'il ne s'agissait ni d'un deuxième sac, ni du colon, mais bien de la vessie. Le malade guérit, la fistule s'oblitéra spontanément.

On voit, d'après ces faits, comment les choses se passent dans les hernies intra-sacculaires de la vessie. Qu'il y ait ou non de l'intestin (et quand il y en a après avoir reconnu le canal intestinal), on rencontre un organe ayant un revêtement séreux, sur lequel il est difficile de mettre un nom. Si l'on songe à la vessie, on la reconnaît (Krœnlein, Walther), sinon, on incise ou on déchire ce qu'on a sous les yeux; et, constatant qn'on a affaire à un organe creux, on le suture, pensant au gros intestin; la fistule urinaire vient plus tard révéler l'erreur.

D'ailleurs les conditions de réussite de la suture vésicale, faite pour la hernie intra-sacculaire, paraissent meilleures que pour les plaies extra-péritonéales, car l'adossement des bords de la séreuse est un élément à considérer.

Les règles à suivre en présence de la blessure d'une cystocèle intra-sacculaire me paraissent être les mêmes que pour la hernie vésicale sans sac. Si, pendant le cours d'une intervention, je constatais après l'ouverture d'une cystocèle intra-sacculaire l'amincissement de ses parois, je les réséquerais pour faire une suture en bon tissu.

Si, après l'opération terminée, on observait, chez le patient, des envies d'uriner, de l'hématurie, que l'examen des parties extirpées montrât qu'il

---

Enfin vous savez, Messieurs, et j'y ai fait allusion plus haut, que nous avons réduit dans la mesure du possible la consommation des eaux de la Compagaie. Chaque jour, sur la quantité qui doit en être mise à notre disposition d'après le marché, nous économisons un nombre très respectable de tonneaux, ce qui nous procure ce double bénéfice : 1° pour les finances de la ville une diminution de dépenses très sensible; 2° pour les habitants, la limitation du débit d'une eau prétendue suspecte. (*Très bien. Hilarité.*)

Je n'ai plus, en m'excusant d'avoir longuement retenu votre bienveillante attention, qu'à vous prier de vouloir bien adopter les conclusions suivantes que votre commission a prises à l'unanimité :

1° Les conditions hygiéniques de la ville sont aussi satisfaisantes que possible.

2° Le choléra n'y sévit pas.

Le président (*très vite*). — Personne ne demande la parole; les conclusions du rapport sont adoptées (*Plus posément.*) Il faut que la population sache qu'elle n'a rien à craindre et que, si l'épidémie, cas improbable, venait à se déclarer, nous l'attendrons sans crainte et...

Un membre du conseil. — Sans eau, de pied sec!

Le président !!!!!!!. — La séance est levée.

s'agit d'une portion intra-péritonéale de la vessie, si on avait bien lié le pédicule du pseudo-sac, on devrait, me semble-t-il, après avoir drainé, c'est l'essentiel, de la vessie à la peau, mettre une sonde à demeure, ou pratiquer fréquemment le catéthérisme, mais ne pas s'exposer à tuer son malade en faisant la laparotomie, à moins que des accidents bien nets de péritonite généralisée (et je n'en connais pas d'exemple) ne forcent à faire cette intervention, qui serait alors pleinement justifiée.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(IVe session tenue à La Rochelle, du 1er au 6 août 1893.)

Nous avons annoncé depuis longtemps dans notre courrier, cette quatrième session du Congrès des médecins aliénistes de langue française. C'est au palais de la Bourse, à La Rochelle, qu'ont eu lieu les séances.

La première a ouvert le Congrès le mardi 1er août, à neuf heures. On a d'abord constitué le bureau de la façon suivante :

Président : M. le docteur Christian, médecin en chef de la Maison Nationale de Charenton, président de la Société médico-psychologique de Paris.

Secrétaire-général : M. le docteur Mabille, directeur médecin-chef de l'asile de Lafond.

Secrétaires des séances : MM. Colin, médecin de l'asile de Lafond et Pactet, chef de cliniques des maladies mentales à la Faculté de Paris.

Puis les travaux du Congrès ont immédiatement commencé par l'étude de la question mise à l'ordre du jour.

Des auto-intoxications dans les maladies mentales. — MM. Régis (Bordeaux) et Chevalier-Lavaure (Aix), rappellent que la question des poisons de l'organisme et des maladies par auto-intoxication est entrée, depuis les travaux du professeur Ch. Bouchard et de ses élèves, dans une ère nouvelle de généralisation.

La neurologie et la psychiatrie n'ont pas échappé à ce mouvement scientifique. Les rapporteurs citent alors, en ce qui concerne la neurologie, les études sur la modifications de la composition de l'urine dans l'hystérie de Gilles de la Tourette, Cathelineau, Féré, Poels, et surtout celles relatives à la toxicité urinaire dans l'épilepsie de Féré, Deny et Chouppe, Jules Voisin et A. Péron, etc. Les conclusions les plus récentes en date, peuvent se formuler ainsi : il y a abaissement de la toxicité urinaire ou hypotoxicité avant les crises d'épilepsie. Abaissement, mais moins considérable, durant la période paroxystique. Relèvement et même exagération si la série est finie. Dans l'intervalle des crises, mais seulement d'une façon générale, la toxicité urinaire est normale. Elle paraît toujours s'abaisser au-dessous du taux physiologique lorsqu'il survient, chez les épileptiques un trouble mental.

Les recherches en ce qui concerne la pyschiatrie ont été plus nombreuses encore le Congrès des Aliénistes a été des mieux inspirés en mettant à l'ordre du jour de son programme de cette année un sujet d'une aussi réelle et d'une aussi générale actualité.

Bien que la question mise au programme ait exclusivement trait aux « auto-intoxications dans les maladies mentales », les rapporteurs ont dans leur travail compris également les infections qui se confondent souvent, tant au point de vue clinique que pathogénique, avec les auto-intoxicaĩions, et leur exposé a donc trait non seulement au rôle joué par les auto-intoxications proprement dites dans les maladies mentales, mais

encore à celui des intoxications venues du dehors par le fait de maladies à caractère infectieux.

En dehors de l'analyse chimique qui a révélé dans les liquides de l'organisme, chez les aliénés, des modifications de composition aussi sérieuses que variées, l'expérimentation a également découvert, chez nombre d'entre eux, des altérations de la toxicité physiologique. Pour la plupart des auteurs, la toxicité de l'urine serait notablement diminuée dans les états maniaques, augmentée, au contraire, dans les états mélancoliques. De plus, l'urine des maniaques et celle des mélancoliques aurait des effets différents sur les animaux injectés ; la première produirait surtout de l'excitation, de la convulsibilité ; la seconde, de la tristesse, de l'inquiétude, de la stupeur : preuve péremptoire que l'auto-intoxication serait la cause et non l'effet de l'état mental.

Ces résultats, tout incomplets qu'ils soient, sont confirmés par les récentes recherches nosologiques sur les folies des maladies infectieuses aiguës, des maladies viscérales et des maladies diathésiques.

a. — En ce qui concerne les psychoses des *maladies infectieuses* (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, influenza, érysipèle, choléra, fièvre puerpérale, polynévrite, fièvres post-opératoires), l'ensemble des travaux parus tend à démontrer : 1° au point de vue pathogénique, qu'elles sont le résultat soit de l'action directe des microbes, soit de leur action indirecte et médiate par les toxines qu'ils sécrètent ; au point de vue clinique, qu'elles peuvent se présenter à deux moments différents, et par suite, sous deux aspects, Durant le stade fébrile, elles revêtent ordinairement la forme d'un *délire aigu*, auquel viennent se joindre parfois, comme dans les autres délires aigus, des symptômes de méningite. Pendant le stade post-fébrile on a affaire à la psychose dite asthénique, état mental plus ou moins variable d'aspect, constitué d'habitude par du désarroi intellectuel, de la stupidité, de l'obnubilation, de la pseudo démence, et reposant sur un fond absolument typique de *confusion mentale*. Il faudrait peut-être admettre une troisième forme clinique de psychose infectieuse, intermédiaire aux deux précédentes et caractérisée par les symptômes mentaux et somatiques de la *démence paralytique* (méningo-encéphalite, pseudo-paralysie générale ou paralysie générale infectieuse) ; et à ce propos, on peut se demander si la plupart des paralysies générales aujourd'hui connues ne sont pas également, en dehors des conditions de prédisposition toujours nécessaires, la conséquence plus ou moins éloignée d'une maladie infectieuse. Quoiqu'il en soit, le symptôme caractéristique de la psychose infectieuse, dans toutes ses formes, semble être le désordre intellectuel, la *confusion mentale*, résultat sans doute de l'imprégnation, de l'inhibition temporaires des cellules cérébrales par les agents toxiques. Le plus souvent, la folie ainsi produite serait susceptible de guérison.

b. — Les *psychoses viscérales* sont, elles aussi, de véritables folies par auto-intoxication. Néanmoins, les recherches expérimentales n'ont pas encore été suffisamment poussées dans cette voie et, en ce qui concerne particulièrement celles qui résultent d'un trouble des organes digestifs, c'est à peine si l'on possède quelques données techniques sur les altérations concomitantes du chimisme gastrique et la toxicité du contenu intestinal. On est plus avancé en ce qui concerne la folie hépatique et la folie brightique et il est nettement établi aujourd'hui, par les expériences d'auteurs français, que ces folies sont au plus haut point le résultat d'un empoisonnement autochtone de l'organisme. Au point de vue clinique, les psychoses viscérales ne présentent pas, comme les psychoses infectieuses, des caractères nettement particuliers. On peut dire cependant que dans les cas où l'intoxication est aiguë, la folie se manifeste habituellement sous la forme d'un délire aigu toxique, semblable au délire alcoolique (c'est le cas pour la folie urémique) ; lorsque l'intoxication est lente et chronique, c'est d'ordinaire d'un état mélancolique

qu'il s'agit ; enfin, on peut observer parfois des états rappelant de plus ou moins près la démence paralytique.

c. — Les *psychoses diathésiques*, doivent être réservées, en raison de leur importance, pour une étude spéciale. Cependant, durant les épisodes aigus des diathèses, ces psychoses revêtent, elles aussi, le type du délire aigu toxique, pseudo-alcoolique et, dans l'intervalle, elles se manifestent fréquemment sous forme soit de paralysie générale, soit de folie par accès, plus ou moins périodiques, et presque toujours à caractère mélancolique.

Les nombreux faits et documents enregistrés ne permettent pas de formuler un traitement méthodique et rationnel, basé sur leur étiologie spéciale. Il faut donc se borner à indiquer quelques-uns des essais tentés jusqu'à ce jour, avec les résultats obtenus.

En ce qui concerne les psychoses des maladies aiguës infectieuses, on s'est contenté dans les psychoses asthéniques, d'instituer une médication tonique, destinée à lutter contre l'état d'épuisement. M. Séglas est jusqu'à présent le seul qui, dans un cas de folie post-cholérique, ait eu recours aux antiseptiques, dont il s'est, du reste, bien trouvé. MM. Laillier et Idanof, ont fait de même dans la folie puerpérale, et ils n'hésitent pas à recommander expressément les antiseptiques. M. le professeur agrégé Rivière est aussi de cet avis.

Pour les psychosos viscérales, le traitement local a déjà donné des résultats plus satisfaisants. M. Régis (1) a obtenu par le lavage de l'estomac des améliorations et même des guérisons nombreuses. Pour être véritablement efficace, ce traitement doit être méthodique et comporte une étude préalable du chimisme gastrique, d'où, suivant les cas, lavage alcalin, acide ou antiseptique. Bettencourt-Rodrigues, Pachoud et Alt ont également insisté sur les bons effets de l'antisepsie stomacale dans certaines psychoses et notamment dans la mélancolie. Un auteur anglais, Macpherson (2), procède au lavage de l'estomac et administre le soir, le calomel, suivi d'un laxatif au matin. Le lavage est répété pendant la première semaine et chaque jour ou tous les deux jours, on donne de la poudre de rhubarbe, du cascara et de l'extrait de réglisse. A dater du second jour, on administre régulièrement la naphtaline, préférable au naphtol B, tout en supprimant autant que possible, le régime azoté et en donnant du gruau peptonisé. Par ce procédé, l'auteur a obtenu rapidement la disparition de l'anémie, l'amélioration de certains symptômes de la mélancolie (irritabilité motrice, tendance au suicide, parfois même le retour du sommeil).

La thérapeutique locale produit aussi de bons effets dans les folies liées aux lésions du foie. Pour ne parler que des effets récents, M. Charrin, dans trois cas cités par lui, a réalisé une amélioration psychique parallèlement à l'amélioration viscérale sous l'influence d'un traitement par le lait, le calomel, l'antisepsie intestinale, etc. De son côté, M. Klippel a déduit de ses conclusions pathogéniques sur la folie hépatique, que l'indication capitale consistait à combattre l'auto-intoxication et il conseille pour cela : le naphtol, le charbon pulvérisé, le salicylate de bismuth, le salol, le bétol, les purgatifs ; un régime alimentaire composé exclusivement de lait et d'œufs, enfin, dans certains cas, les alcalins, le massage et l'hydrothérapie.

M. le professeur Mairet (3) a aussi obtenu de bons résultats de ce traitement.

---

(1) Régis. Traitement de la sitiophobie des aliénés, *Bulletins et Mémoires de la soc. de méd. de Bordeaux, 1886. Manuel pratique de médecine mentale*, 2e édition, 1891

(2) Macpherson. De l'influence de la désinfection intestinale sur quelques formes de folie aiguë, 60e *réunion de l'Assoc. méd. de la Grande-Bretagne*, 30 juillet 1892, *The Lancet*, August, 6, 1892.

(3) Mairet. Communication inédite.

De même, divers auteurs, comme Dieulafoy, Raymond, Joffroy, etc., ont obtenu d'excellents effets du traitement spécifique de l'urémie dans la folie brightique.

Le traitement des folies diathésiques devra être ultérieurement repris. Les heureux effets obtenus par Haig, Mazocchi, Lemoine, Mabille et Lallemant, de l'emploi, dans ces folies, de la médication antidiathésique sont à noter, ainsique les idées formulées par Mabille et Lallemant, qui combattent les accès de mélancolie intermittente par un traitement dirigé contre l'arthritisme, en employant, suivant le cas, l'antisepsie intestinale, les purgatifs répétés, l'hydrothérapie, les massages et les frictions, les alcalins à haute dose et en particulier une potion à continuer, renfermant à la fois du phosphate de soude, du salicylate de lithine, de la teinture de colchique, de la teinture de noix vomique et de l'arséniate de soude.

Donc, le traitement antiinfectieux, antiseptique, général ou local, et c'est là un argument puissant en faveur de l'origine toxique des folies, donne souvent d'excellents résultats. *(A suivre)*

COURRIER

Legs Chevillon. — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter le legs que lui fait M. Chevillon d'une rente de 1,500 francs pour la fondation d'un prix annuel qui portera son nom et qui sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

— Le directeur de l'Assistance publique à Paris est autorisé à accepter les legs faits par M. Chevillon, et consistant : 1° en une somme de 50,000 francs pour la fondation d'un lit dans un hôpital de Paris ; 2° en une somme de 1,000 francs pour les pauvres secourus par les bureaux de bienfaisance des vingt arrondissements de Paris.

— Le directeur de l'Institution nationale des jeunes aveugles est autorisé à accepter le legs fait par M. Chevillon d'une somme de 3,000 francs.

Prix de médecine d'armée. — Le ministre de la guerre a décidé que la question du prix de médecine d armée à décerner pour le concours de 1895 serait la suivante : « De la diphtérie dans l'armée. »

Les mémoires devront parvenir au Ministère de la guerre (7e direction) avant le 31 décembre 1894. Passé cette date aucun travail, ne sera admis à concourir.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Liste d'embarquement des médecins de 1re classe au 1er septembre :

Brest. — MM. 1. Quédec ; 2. Négadelle ; 3. Bourdon ; 4. Ch. Aubry.

Lorient. — MM. 1. Thamin ; 2. Ropert ; 3. Palasne de Champeaux ; 4. Du Bois Saint-Sévrin.

Rochefort. — MM. 1. Dufour ; 2. David ; 3. Gorron ; 4. Touchet ; 5. Lassabatie ; 6. Torel ; 7. Mercié ; 8. Brou-Duclaud ; 9. Tardif ; 10. Machenaud.

Toulon. — MM. 1. Durand ; 2 Gauran ; 3. Ourse ; 4. de Bonadona ; 5, Cauvet ; 6. Pons ; 7. Jabin-Dudognon ; 8. Sibaud ; 9. Durbec ; 10. Philip ; 11. Boutin ; 12. Couteaud ; 13. Théron ; 14. Reynaud ; 15. L. Alix ; 16. Barrême ; 17. Curet ; 18. Raffaëlli ; 19. Cognes ; 20. Poulain ; 21. Millou.

— MM. Les médecins de 1re classe Salanoue-Ipin et Bousquet sont désignés pour servir au port de Brest, et seront remplacés à bord de la *Drôme* et à bord du *Hoche* par MM. les médecins de 2e classe Mottin, du cadre de Brest, et Ripoteau, du cadre de Rochefort.

— M. le médecin de 2e classe de Lespinois embarque sur la *Nive*, en sous-ordre.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

LES MÉDECINS ET LES COMPAGNIES D'ASSURANCES SUR LA VIE

L'assurance sur la vie commence à entrer dans nos mœurs. Nous ne sommes pas encore, sous ce rapport, à la hauteur de l'Angleterre et surtout de l'Amérique; mais nous en approchons. Le chiffre croissant des affaires que font les nombreuses Compagnies établies en France est la preuve de ce progrès et en donne la mesure.

L'assurance sur la vie résout de la façon la plus satisfaisante le problème qui s'impose à tous les travailleurs, à quelque classe sociale, à quelque profession qu'ils appartiennent. Pour tout homme qui vit de son labeur et qui en fait vivre sa famille, le souci poignant, c'est l'avenir, c'est la crainte d'une mort prématurée qui laisse la femme et les enfants sans ressources.

L'assurance sur la vie supprime ce danger. La confiance qu'inspirent les grandes Compagnies établies aujourd'hui, le taux de la prime qui va s'abaissant à mesure que le fonctionnement se perfectionne et que le chiffre des affaires s'étend, ont fait disparaître les craintes qu'ont longtemps inspirées aux populations françaises les premières Compagnies, dont la solidité ne leur paraissait pas suffisamment garantie. Ces temps sont loin de nous. L'assurance sur la vie a fait ses preuves; elle est même devenue l'un des éléments principaux d'une question sociale aujourd'hui pendante, celle de l'assistance dans les classes ouvrières.

Le rôle des médecins est tellement prépondérant dans le fonctionnement des assurances sur la vie, qu'il est indispensable, pour tous les praticiens, de le bien comprendre, parce qu'il n'en est pas un qui ne puisse être, à un moment donné, mis en demeure de s'en occuper.

Ce rôle se présente sous deux aspects complètement différents, suivant que le médecin est attaché à une Compagnie ou qu'il est tout simplement le médecin de l'assuré ou de sa famille.

1° Médecin de la Compagnie. — Dans le premier cas, il n'a d'autre souci que les intérêts de la Société qu'il représente; il est, à proprement parler, un expert, et ne doit rien au postulant qu'il ne connaît pas; il n'est pas lié à son égard par le secret médical, puisque la personne qu'il examine, se soumet, de son plein gré, à cette visite, que ses déclarations, comme les résultats de son examen, sont consignées devant elle sur une pièce officielle qui reste entre les mains de la Société et qui n'a pas le moins du monde le caractère d'un acte secret.

Ses devoirs envers la Compagnie sont également très simples et tout tracés. Il doit recevoir et apprécier les déclarations du proposant, qui ne les lui fait pas du tout en confidence. Il doit l'examiner avec attention pour s'assurer qu'il n'est atteint d'aucune maladie qui puisse compromettre sa vie dans un avenir prochain; il doit enfin s'efforcer de déjouer les ruses des clients qui cachent leurs tares pour tâcher de tromper la Compagnie. Ces supercheries sont beaucoup moins fréquentes en France, où les assurances sur

la vie n'ont pas encore été étudiées sous toutes leurs faces, que dans les pays où elles sont entrées depuis longtemps dans les mœurs et où l'art de tromper les experts s'est élevé à la hauteur d'une science. Cependant, il en existe quelques exemples devenus célèbres, et le nombre en ira croissant à mesure que la question sera mieux connue. L'attention du médecin de la Compagnie doit sans cesse être éveillée, sur quelques points en particulier, qui sont l'écueil des assurances.

En premier lieu marchent les alcooliques. On sait qu'il n'en est pas un qui convienne de son vice. Il y a plus, il faut considérer comme suspect tout homme qui se vante outre mesure de sa sobriété et qui affirme ne boire que de l'eau ou de l'eau rougie. S'il est nerveux, s'il a l'œil brillant ou un peu vague, si la main est animée d'un léger tremblement, il n'y a plus de doute, il ne faut pas l'accepter.

La tuberculose pulmonaire est le second point auquel il faut veiller. Les phtisiques ne sont pas des simulateurs ; ils sont de bonne foi. On sait qu'ils ne croient jamais à leur maladie et qu'ils conservent leurs illusions jusqu'au dernier moment. Pour ces pauvres malades c'est une grâce d'état.

Il est rare qu'ils avouent avoir eu des hémoptysies, des bronchites fréquentes ; ils craignent que l'aveu de ces manifestations, sans importance à leurs yeux, ne soient un obstacle à leur acceptation, et ils les passent sous silence ; mais le médecin a pour s'éclairer le facies caractéristique du malade, son amaigrissement et surtout l'auscultation qui ne laisse pas de doute.

Il n'en est pas de même du cancer au début, alors que la teinte cachectique n'existe pas encore. La simulation est facile, parce que l'examen ne saurait être complet, pour les femmes surtout. Il n'en est pas une qui consentirait à se montrer nue et à subir le toucher vaginal et rectal. On a bien assez de peine à obtenir qu'elles viennent dans le cabinet de toilette voisin. Il en résulte pour elles des facilités dont elles abusent quelquefois pour dissimuler un cancer de l'utérus ou même du sein. Certaines femmes conservent, on le sait, toutes les apparences de la santé, pendant les premières phases de la maladie et on en cite qui ont été acceptées par des Compagnies, après avoir subi l'ablation successive des deux seins, mutilation qu'elles dissimulaient à la faveur d'un corsage convenablement garni.

On cite également un exemple célèbre d'un cancer du rectum, dissimulé dans des circonstances particulières. Celui-là remonte à près de cinquante ans.

Le diabète est également un vice redhibitoire, le plus souvent ignoré du postulant, mais qui peut être dissmulé par lui. M. Brouardel, dans son intéressant ouvrage (1), en cite un exemple très caractéristique emprunté à la pratique de Siredey, qui sut déjouer la supercherie.

Il ne faut jamais accepter les urines que le client apporte avec lui. Du reste, les règlements de toutes les Compagnies exigent que le postulant urine en présence du médecin. Comme il est un grand nombre de gens qui ne peuvent pas uriner quand on les regarde, on fait passer les personnes dans un cabinet de toilette et la température de l'urine prouve qu'elle vient d'être émise à l'instant. Je n'insisterai pas sur les difficultés que présente cet

(1) P. Brouardel. *Le Secret médical*, Paris, 1887, p. 91.

examen parce que ce serait sortir de mon sujet ; je me bornerai à dire que la constatation du sucre dans les urines doit être une cause absolue de rejet. C'est une clause dans toutes les Compagnies.

Un point de diagnostic plus délicat à établir, c'est celui de l'aliénation mentale au début. Legrand du Saulle cite un cas remarquable de ce genre de supercherie. Je vais le reproduire, parce qu'il est typique et assez rare.

« Deux hommes d'un certain âge se présentent un jour dans le cabinet d'un médecin aliéniste de Paris. L'aîné pénètre seul d'abord dans le cabinet de notre confrère et le prie d'examiner avec soin le malade qu'il lui amène :

« Il n'a rien, dit-il, il se porte bien et cependant il n'est plus le même. »

Après un long interrogatoire, le frère aîné prend en particulier le médecin et le supplie de lui parler à cœur ouvert : « La situation me paraît fort grave, répond l'homme de l'art, votre frère a des signes avant-coureurs de paralysie générale. » Des explications furent réclamées et données, on parla même de la possibilité d'une terminaison fatale dans l'espace de trois ou quatre ans. Les visiteurs disparurent, mais une assurance de 100,000 fr. fut placée sur la tête du malade et, trois ans après, le frère aîné recueillait tranquillement le fruit de son vol. » (1).

Dans toutes ces conditions, si le rôle du médecin d'une Compagnie est parfois difficile, son rôle est toujours nettement tracé. Il n'a rien à cacher, pas de réticence à faire.

L'humanité lui fait un devoir de ne pas divulguer brutalement au proposant la maladie qu'il lui a découverte, mais il ne doit rien cacher à la Compagnie dont il est le représentant, car le succès des opérations qu'elle poursuit dépend tout entier de la vigilance et de la sévérité des médecins examinateurs.

Cette ligne de conduite a été désapprouvée par la Société de la Gironde. Elle émit l'opinion suivante : « La Société pense que les médecins doivent « se soustraire à l'obligation de faire un rapport sur l'état de santé de la per- « sonne qui vient s'assurer, car autrement ils enfreindraient l'article 378 du « code pénal. (2). Cet article sur lequel nous aurons plusieurs fois à revenir, est ainsi conçu : « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, « ainsi que les pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dé- « positaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors « le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces se- « crets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, d'une « amende de 100 francs à 500 francs. »

MM. les docteurs Armengaud, Azam et Morand exprimèrent l'avis que le médecin d'une Compagnie devait se borner à répondre à la proposition par une formule comparable à celle du jury qui résume sa conviction sans la motiver, par un oui ou par un non.

Ces scrupules exagérés ont été victorieusement réfutés par Gallard et l'opinion que nous avons émise a été adoptée par tout le monde.

---

(1) Legrand du Saulle, *Traité de médecine légale*, 2e édition, p. 1243.

(2) *Annuaire de l'Association générale*, exercice 1874, p. 83.

M. Brouardel en a très clairement exposé les raisons dans son livre sur le secret médical (1). Elles peuvent se résumer de la façon suivante :

Entre la personne qui vient s'assurer et le médecin qui l'examine, il n'y a ni confidence ni secret, l'article 378 n'est donc pas applicable dans ce cas.

(*A suivre.*)

Jules Rochard

A propos du traitement des hémorrhagies de la paume de la main

Un récent article de notre ami le docteur Chalmet, dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* sur le traitement des plaies artérielles de la main, nous incite à reparler de ce chapitre, toujours intéressant, de la chirurgie d'urgence.

Nous nous exprimions du reste à peu près en ces termes dans la *Gazette des Hôpitaux* (2), il y a de cela trois ans. Dans les hémorrhagies artérielles de la paume de la main, la conduite à tenir est aujourd'hui toute tracée ; il faut lier les deux bouts de l'artère divisée en agrandissant au besoin la plaie. Cette opération devra se pratiquer sous le chloroforme après application de la bande d'Esmarch et quand l'arcade palmaire superficielle sera seule intéressée, il suffira d'un peu de patience et de quelques débridements pour lier ou saisir les deux orifices qui donnent. Il n'en est pas de même quand l'arcade palmaire profonde ou l'artère radiale à sa sortie de l'adducteur sont intéressées. La profondeur de la plaie, l'importance des organes qui traversent la main rendent parfois la recherche très difficile et le résultat impossible. On peut bien arriver à saisir un des bouts divisés du vaisseau ; mais l'autre se réfugie sous les tendons et les nerfs qu'il est impossible, sous peine de dégâts considérables d'écarter suffisamment, pour placer un fil ou une pince à forcipressure.

Il est donc de toute nécessité de s'adresser à d'autres moyens. C'est ce qu'a pensé notre confrère Chalmet, qui, dans deux cas s'est adressé avec succès au traitement suivant : « Flexion *non forcée* de l'avant-bras sur le bras ; compression *modérée* sur la plaie, préalablement lavée antiseptiquement, au moyen d'un tampon d'ouate salicylée, maintenu par quelques tours de bande ; compression *modérée* sur la radiale et la cubitale au moyen de deux petits tampons d'ouate maintenus par un tour de bande ; troisième tampon au milieu et nouveaux tours de bande *modérément* serrés ; Immobilisation dans une écharpe quadrilatère qui doit, par des points de couture placés convenablement, maintenir le bras contre le corps, soutenir le coude, tenir l'avant-bras fléchi et la main élevée posée à plat sur le sternum (non complètement recouverte pour la facilité de la surveillance) ; repos complet, abstention de tout effort, examen quotidien de l'appareil qu'on enlève vers le huitième jour.

« Comme on le voit, nous dit notre confrère, je n'ai rien inventé : La compression directe est connue de tout le monde ; la disposition des tampons pour la compression de la radiale et de la cubitale est due à Nélaton ; la

---

(1) P. Brouardel. *Le Secret médical*, loc. cit. p. 95.

(2) De la ligature à distance dans les plaies de la paume de la main. — E. Rochard. *Gazette des hôpitaux*, 1890.

flexion de l'avant-bras sur le bras a été indiquée par Bichat; l'élévation du bras a été recommandée par Gosselin avec la compression sur la plaie et au niveau des artères de l'avant-bras; la compression huméro costale (en faisant agir le poids du corps) a été employée par Schweilbein.

Mais tous ces moyens n'ont pas été appliqués ensemble pour ralentir le cours du sang sur toute la longueur du membre supérieur. »

La compression sous toutes ses formes fait donc la base de ce traitement qui doit quelquefois réussir ; mais à notre avis, elle ne doit pas être dans tous les cas suffisante, et de plus, l'appareil est compliqué, difficile à appliquer et susceptible de se déranger; aussi, dans des hémorrhagies graves où le débridement large de la plaie n'avait pas permis de saisir le bout profond du vaisseau sectionné, n'avons-nous pas hésité à pratiquer la ligature à distance, non pas de l'humérale ou de l'axillaire, mais de la radiale et de la cubitale au poignet, ligature accompagnée d'une compression modérée de la plaie.

Que se propose, en effet, une ligature faite dans la continuité pour faire cesser l'hémorrhagie d'une artère coupée? Arrêter le courant sanguin suffisamment pour permettre au caillot de se constituer et de devenir assez solide dans le laps de temps que la circulation collatérale mettra à se rétablir. Le chirurgien n'a donc qu'à se préoccuper de trouver le point ou doit être placée la ligature pour permettre au caillot de se former au niveau de la plaie et à la circulation collatérale de se rétablir pour entretenir la nutrition des tissus. A la paume de la main (sauf le cas des anomalies tout à fait exceptionnelles du volume des intérosseuses) les ligatures de la radiale et de la cubitale interrompent suffisamment la circulation dans les arcades palmaires pour que le caillot ait le temps de se former avant que la circulation collatérale soit complètement établie, et si autrefois cette thérapeutique a si souvent échoué, cela tenait, nous en sommes convaincu, à l'infection de la plaie palmaire qui empêchait la formation du caillot. Aujourd'hui, grâce à une antisepsie parfaite de la blessure, antisepsie facile à cause des débridements opérés pour la recherche vaine de l'artère; grâce à une compression faite avec une substance aseptique ou antiseptique quelconque, le caillot s'organise rapidement et l'obturation des deux bouts de l'artère est complète au moment où la pression acquise par le sang dans la circulation collatérale est suffisante pour produire une nouvelle hémorrhagie.

Cette pratique nous a réussi, a donné aussi un succès à notre confrère et ami Bodet, dont nous citons l'observation dans notre article de la *Gazette des Hôpitaux* et nous croyons pouvoir résumer ainsi la conduite du chirurgien dans les hémorrhagies artérielles de la paume de la main : après anesthésie, appliquer la bande d'Esmarch et à l'aide d'une antisepsie soignée de la plaie et de ses anfractuosités; aller à la recherche de l'arcade palmaire superficielle; si on constate son intégrité, aller à la recherche de l'arcade palmaire profonde. Si on ne peut parvenir à voir le bout qui donne, lacher la compression et avec des pinces à forcipressure, saisir le point d'où vient le sang. S'acharner à cette recherche jusqu'aux limites imposées par la perte du liquide sanguin et les complications qu'elle peut entraîner, au point de vue de l'anesthésie, chez un malade qui peut, par le fait des circonstances, en avoir déjà beaucoup perdu. Si on peut placer les pinces

hémostatiques, faire la ligature ou les laisser dans la plaie pendant 48 heures. Si ces moyens ne réussissent pas, faire alors la ligature de la radiale et de la cubitale à la partie inférieure de l'avant-bras, pratiquer un lavage antiseptique minutieux de la plaie, la tamponner méthodiquement avec de la gaze iodoformée et exercer de plus, localement, une compression suffisante. E. R.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (1)

(IVe session tenue à La Rochelle, du 1er au 6 août 1893.)

Toxicité urinaire des aliénés. — M. Gilbert Ballet (Paris), en son nom et au nom de MM. Bordas et Roubinovitch, résume les résultats des recherches qu'ils ont faites en commun sur la toxicité et la composition chimique de l'urine des aliénés. La question des relations des vésanies avec les auto-intoxications est une de celles qui, depuis quelques années, s'imposent le plus vivement à l'attention des aliénistes ; aussi a-t-on éte bien inspiré en la mettant à l'ordre du jour du Congrès. Toutefois, le titre adopté n'est-il pas trop compréhensif ? En visant dans son ensemble le problème des auto-intoxications dans les maladies mentales, on laisse sans doute le champ plus libre aux diverses communications qui pourront se produire, mais on court le risque de voir la discussion s'égarer sans que les orateurs se rencontrent. Peut-être eût-il été préférable de préciser les points sur lesquels le débat aurait dû s'établir.

Toute auto-intoxication a pour résultat une modification de la composition chimique et par suite, des propriétés des humeurs et des liquides d'excrétion de l'économie. Il était dès lors tout naturel de chercher dans les altérations de ces liquides la preuve des troubles de nutrition dont les vésanies étaient supposées s'accompagner. Parmi ces liquides, l'urine, qui est la voie d'élimination la plus importante de l'organisme, et qui se prête à l'étude mieux que toute autre sécrétion, devait surtout fixer l'attention.

Les expériences entreprises sur la toxicité urinaire chez les aliénés ont paru donner d'excellents résultats. Mais M. Ballet insiste sur ce fait que ces expériences ne sont pas toujours parfaitement comparables entre elles : cela tient à ce que la technique employée par les divers expérimentateurs, pour avoir été à peu près toujours la même dans l'ensemble, n'a pas toujours été uniforme dans le détail. A ce propos, M. Ballet s'attache à montrer l'importance qu'il y aurait à tenir compte dans toutes les recherches de la vitesse avec laquelle sont faites les injections d'urine, de la température de l'urine injectée, de la quantité d'urine rendue en 24 heures par le malade qui est le sujet de l'expérience, du régime auquel est soumis ce malade, du degré de résistance, difficile à apprécier, de l'animal servant à l'expérimentation.

Si l'on veut s'assurer que les phénomènes constatés sont bien le fait de la toxicité urinaire seule, il est nécessaire que d'ailleurs toutes choses soient égales, condition qui n'a pas toujours été réalisée et qui, il faut le dire, n'est pas toujours facile à réaliser.

A ce point de vue, M. Ballet cite quelques expériences qui sont de nature à jeter le trouble et à faire naître des doutes sur la valeur du procédé expérimental employé.

Il a tué des lapins avec 14 cent. c. d'eau distillée par kilogramme, avec 16 cent. c. 25 d'eau ordinaire, avec 9 cent. c. d'une solution se rapprochant d'une urine artificielle, Voilà donc des liquides qu'on était en droit de supposer peu nocifs (l'eau distillée peut être exceptée) et qui se sont montrés notablement plus toxiques qu'une urine normale et même que la plupart des urines pathologiques.

Quoi qu'il en soit, MM. Ballet et Roubinovitch ont poursuivi leurs expériences sur le

(1) Voir le numéro du 9 septembre.

lapin avec des urines de mélancoliques, de maniaques, de malades affectés de confusion mentale et de délire dégénératif.

En prenant comme chiffre de la toxicité des urines normales ceux indiqués par M. Bouchard (45 cent. c. par kilogramme en moyenne), les urines des mélancoliques se sont constamment montrées plus toxiques que celles de l'état physiologique. Sur six expériences, six fois le résultat a été le même au degré près (30 cent. c., 30, 7, 11, 30, 18) : il semble donc significatif, d'autant plus qu'il est conforme à ce qu'ont constaté la plupart des expérimentateurs (Chevalier-Lavaure, Bak et Schlosse, Brugia, Mairet et Bosc). Mais on trouve là encore certaines anomalies embarrassantes.

Chez l'une des malades les urines ont continué à se montrer toxiques après la guérison ; elles l'étaient même à ce moment notablement plus qu'au cours de la maladie, et à cet époque on était logiquement en droit de supposer que les produits fabriqués au cours de l'état morbide étaient complètement éliminés. MM. Ballet et Roubinovitch relèvent d'ailleurs que l'hypertoxicité des urines a coïncidé dans presque tous les cas avec un état saburral très accusé des voies digestives et ils se demandent s'il ne faut pas voir dans des fermentations intestinales et anormales la cause du phénomène. Divers faits qu'ils citent viennent à l'appui de cette interprétation.

Chez trois maniaques, les urines ont semblé moins toxiques qu'à l'état normal : mais, pour diverses raisons, les auteurs font des réserves sur la signification de ces dernières expériences.

Dans deux autres cas de confusion mentale, l'une post-puerpérale, l'autre consécutive à des fatigues physiques et morales, les urines ont été nettement (légèrement dans un cas) plus toxiques qu'à l'état physiologique et la toxicité s'est atténuée pendant la convalescence.

Tout en donnant ces résultats extraits de l'ensemble de ces expériences, les auteurs pensent qu'il ne faut pas en exagérer l'importance : l'étude de la toxicité urinaire chez les aliénés a sans doute son utilité, mais ce serait, leur semble-t-il, s'aventurer que de fonder sur elle seule des distinctions nosologiques. L'une des urines les plus toxiques (9 cent. c. par kilogramme) que les auteurs aient rencontrées était celle d'un homme hystérique, sans manifestation délirante et sans trouble apparent de la santé, autre que l'hystérie.

M. Ballet pense que l'analyse chimique des urines n'a pas moins d'intérêt que l'étude de leur toxicité Aussi s'est-il attaché, avec le concours de M. Bordas, à rechercher les produits anormaux qu'elles peuvent renfermer. Les autsurs ont fixé particulièrement leur attention sur les ptomaïnes.

Les analyses ont porté sur cinq urines d'individus bien portants et sur dix urines d'aliénés. Chez les gens bien portants on n'a trouvé aucune trace de ptomaïne. Les malades doivent être divisés en deux catégories : da. s la première figurent un dégénéré avec excitation maniaque, un maniaque simple, une dégénérée avec délire mystique, une femme atteinte de confusion mentale puerpérale. Les ptomaïnes faisaient défaut dans ces quatre cas.

Dans six autres, au contraire, on en a trouvé en quantité notable. Les six malades se répartissent ainsi : deux maniaques, deux mélancoliques simples, une dégénérée avec délire mélancolique, une jeune fille atteinte de confusion mentale. Chez deux seulement (mélancolique simple et confusion mentale) les ptomaïnes étaient toxiques, comme l'ont montré les expériences faites directement avec ces corps sur la grenouille et le cobaye. Il est intéressant de relever que, dans ces deux cas, l'expérimentation faite avec l'urine en nature, avait décelé une notable hypertoxicité du liquide.

Par contre, chez l'une des malades (dégénérée avec délire mélancolique), dont les

urines étaient également hypertoxiques, l'analyse décela la présence d'une ptomaïne non toxique : ce qui suffirait à établir, s'il était besoin, que ce n'est pas seulement aux produits alcaloïdiques qu'elle renferme accidentellement, que l'urine emprunte sa toxicité.

M. Ballet, en citant ces faits, n'a pas la prétention d'en tirer des conclusions ; il s'agit là de recherches à peine ébauchées et qui sont à poursuivre. Il pense que la question des relations des auto-intoxications avec les maladies mentales est à son aurore, et qu'en ce moment toute tentative de synthèse serait au moins prématurée.

Délire chez les opérées d'ovariotomie.— M. A. Voisin (Paris), rapporte quelques cas de délire qu'il a observés chez des opérées d'ovariotomie. Ces malades, mortes dans les quarante-huit heures après l'opération, n'offraient à l'autopsie aucune trace de foyer septique permettant d'expliquer la complication cérébrale par le mécanisme de l'auto-intoxication infectieuse : on ne pourrait qu'invoquer un choc moral et le traumatisme opératoire.

Après quelques critiques de détail concernant le rapport de MM. Regis et Chevalier-Lavaure, M. Voisin donne lecture de quatre observations rentrant dans le cadre proposé par ces auteurs. Les deux premières sont des manies éclamptiques liées à une grossesse terminée par un accouchement normal. Guérison simultanée de l'albuminurie et du délire par le traitemeut (saignée, régime lacté, benzoate de lithine, etc.). Les deux autres sont des observations de brightiques amnésiques à dépression mélancolique, guéris aussi du délire en même temps que de l'albuminurie.

M. Voisin termine par l'observation d'un hépatique répondant assez bien aux cas décrits par les auteurs du rapport sous le nom de psychoses viscérales.

Toxicité des urines chez les épileptiques aliénés. — M. Jules Voisin lit une communication sur la toxicité des urines chez les épileptiques aliénés. Dans les cas de crises en séries, il y a tout d'abord prodromiquement hypotoxicité ; pendant la série, la toxicité tend à se relever vers la normale.

La série terminée, disparition de l'hypotoxicité, et tendance à l'hypertoxicité pendant la phase consécutive de détente.

Les cas d'hypotoxité continuée semblent correspondre aux troubles mentaux permanents. Un trouble profond gastrique précède et accompagne toujours les accès et coïncide avec l'hypotoxicité.

Avec M. Raymond Petit, M. J. Voisin a répété ces recherches sur les épileptiques simples, non délirants ; elles ont corroboré les précédentes. Les auteurs ont construit pour ces expériences un nouveau dispositif assurant une pression constante pendant l'injection expérimentale, ce qui permet de comparer entre eux les résultats obtenus sur des animaux différents.

Il serait à désirer qu'un mode opératoire commun fût adopté pour permettre les comparaisons. Tous les auteurs devraient expérimenter sur la totalité des urines de vingt-quatre heures, adopter une pression constante et des espèces animales identiques. Les veines de l'oreille du lapin paraissent le lieu d'élection pour pratiquer les injections.

M. Séglas. L'influence de l'auto-intoxication dans les maladies mentales n'est encore qu'une hypothèse qui demande l'appui d'observations et d'expériences. Aussi ne peut-il qu'être utile d'en rassembler le plus possible. De ces faits, les uns auront trait à des phénomènes d'auto-intoxication au cours de maladies mentales préexistantes ; les autres se rapporteront à des cas où il semble y avoir un rapport direct de cause à effet entre l'auto-intoxication et les troubles intellectuels : ce sont ces derniers seuls que je veux envisager.

Au point de vue étiologique, sans éliminer l'influence de la prédisposition héréditaire, la cause occasionnelle des troubles psychiques a toujours été univoque et peut susciter l'idée d'une auto-intoxication d'origine variable. Cette cause, en effet, a été la

puerpéralité, différentes maladies infectieuses (influenza, érysipèle, rougeole, eczéma, fièvre typhoïde, diarrhée chlolériforme), des désordres neurasthéniques avec troubles dyspeptiques, constipation, la misère et l'hygiène défectueuse, etc., etc.

Au point de vue clinique, on rencontre dans tous ces cas, le même ensemble de symptômes qui ne diffèrent qu'en intensité. Le malade revêt toujours le type clinique décrit sous le nom de confusion mentale primitive, simple ou hallucinatoire, et allant de la simple torpeur intellectuelle à la stupidité complète. En même temps on a pu noter des troubles somatiques parfois accentués du côté des divers appareils et de l'amaigrissement, des états fébriles, typhoïdes, cachectiques.

Et M. Séglas, appliquant ces remarques à 14 malades observés par lui, montre combien il est difficile de tirer des conclusions catégoriques des diverses recherches prouvant ces auto-intoxications. Rien que dans la détermination de la toxicité urinaire, que de difficultés accumulées venant du mode d'expérimentation, de la fixation de la toxicité de l'urine normale, du volume d'urine émis en vingt-quatre heures, des variations de toxicité avec les différents modes d'alimentation, de la différence de résistance individuelle des animaux en expérience, etc..! Et de même dans la recherche de la toxicité du sérum.

Enfin, il est à remarquer que la thérapeutique somatique, qui donne dans tous les cas les meilleurs résultats, consiste à relever la nutrition. Les émissions sanguines, les purgatifs et les sudorifiques et diurétiques employés jadis semblent utiles, peut-être en favorisant l'élimination des poisons. On n'a également qu'à se louer de l'antisepsie gastro-intestinale.

M. Séglas conclut que dans toutes ses observations, si la nature des causes occasionnelles, la symptomatologie identique, l'action de certains moyens thérapeutiques semblent plaider en faveur de l'hypothèse d'une auto intoxication, la démonstration rigoureuse ne peut pas encore être faite à l'aide des procédés chimiques et surtout expérimentaux, encore bien incertains et ne donnant que des indications vagues et sans précision. D'ailleurs, les résultats, incomplets ou contradictoires, consignés à ce sujet dans toutes les observations publiées jusqu'ici par les auteurs, ne peuvent servir à trancher la question. C'est une voie nouvelle aux recherches, mais on est encore bien loin d'avoir atteint le but.

M. Michau (la Rochelle) a examiné les urines d'une cinquantaine d'arthritiques, et dans toutes, en même temps qu'une grande quantité d'acide urique, a constaté des traces d'albumine. Cette albuminurie s'observe d'une façon constante chez le même malade, et comme elle coexiste toujours avec des décharges d'acide urique, on pourait peut-être la désigner sous le nom d'*albuminurie arthritique*.

M. Mabille (la Rochelle) a aussi constaté que rien n'est plus fréquent que l'albuminurie légère et persistante chez les arthritiques.

Les malades qui présentent cette albuminurie sont envahis par une tristesse extrême et n'ont plus de volonté ; ils sont plongés dans une mélancolie qui se manifeste surtout le matin et s'atténue dans la journée, pour reparaître de nouveau au moment du lever.

Ces mélancoliques ont un retard accentué de leur nutrition, déchargent fréquemment et périodiquement de l'acide urique en quantité considérable, et presque tous présentent une albuminurie peu abondante, mais constante.

Le traitement de ces accès de mélancolie par les agents antiseptiques prouve bien, du reste, qu'il s'agit là d'accidents d'origine toxique. Dans ces cas l'hydrothérapie froide est nuisible.

M. Cullerre (la Roche-sur-Yon) lit les observations de cinq malades atteints de folie brightique. Pour l'orateur, la folie brightique peut revêtir une forme quelconque, mais

particulièrement la mélancolie qu'elle développe en général sur un terrain préparé par l'hérédité.

M. Legrain appuie sur le côté clinique de la question et cherche à établir d'une part qu'il existe des connexions étroites entre les trois états morbides dénommés : confusion mentale, délire hallucinatoire et délire aigu, et, d'autre part, entre ces trois états et les auto-intoxications. Il présente deux observations, dont l'une est un cas d'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale. L'autre est relative à un cas d'auto-intoxication, non plus microbienne, mais d'origine dyscrasique, dystrophique. Le malade s'est montré constamment hypo-azoturique. Un tracé, représentant la courbe de l'urée pendant trois mois, montre que le malade excrète une moyenne de 9 grammes d'urée par jour. M. Legrain pense que le malade est intoxiqué et que la dyscrasie excrémentitielle est la cause première de l'intoxication. Les deux cas sont superposables au point de vue psychique, bien que les deux intoxications soient différentes dans leur cause. Ce fait prouve l'universalité des caractères des délires toxiques sur laquelle l'auteur a insisté.

M. Charpentier (Paris) commence par dire qu'admettre les auto-intoxications comme capables de produire les maladies mentales, c'est faire un retour vers les vieilles théories humorales ; mais un retour en arrière devient parfois un moyen prudent pour marcher ensuite en avant avec des armes plus solides.

Depuis quelque temps, la pathologie mentale semblait devoir être résumée en quatre termes : localisations cérébrales, hérédité morbide, troubles de l'évolution et dégénérescence mentale ; c'est alors qu'ont surgi les recherches nouvelles sur les organismes inférieurs et leurs sécrétions, recherches qui devaient ressusciter sur un vrai terrain scientifique les conditions des maladies.

Lorsque les rapports entre les auto-intoxications et les maladies mentales seront complètement élucidés, on verra combien faibles étaient la théorie de la folie héréditaire, la théorie de la dégénérescence mentale, les théories des dégénérés, théories qui ont encore la prétention de tout expliquer en pathologie mentale, non seulement les symptômes quand ils existent, mais même leur absence quand ils n'existent pas.

Il est aussi tout un groupe de malades qui est venu attarder l'étude des altérations humorales dans les maladies mentales : ce sont les hystériques, et, pour lui, l'hystérie n'est le plus ordinairement qu'une combinaison de troubles arthritiques et de troubles nerveux.

Malheureusement, on a préféré considérer l'arthritisme comme une variété de dégénérescence héréditaire, l'hystérie comme une variété de dégénérescence nerveuse, et les hystériques sont venus, avec leurs attributs arthritiques, augmenter le groupe chaotique des dégénérés. Il devait nécessairement en être ainsi ; ou le groupe hystérique devait absorber le groupe des dégénérés ou celui-ci absorber celui-là : c'est ce dernier pas qui a été franchi.

M. Charpentier parle ensuite des déments par ramollissements cérébraux.

Là encore des progrès réels en anatomie pathologique ont paru avoir tout résolu ; il a semblé que l'artère du corps strié avait dit le dernier mot de la question, et qu'après l'indépendance constatée des territoires vasculaires corticaux et centraux, il n'y avait plus rien à ajouter. L'athérome des artérioles, l'artério-sclérose cérébrale, l'embolie et la thrombose paraissent avoir tout expliqué ; mais derrière ces athéromes, ces artério-scléroses, même localisées à partir de la pénétration des vaisseaux dans le crâne, il y a un état pathologique général de l'organisme, il y a des maladies constitutionnelles, il y a des auto-intoxications. Ces déments, par lésions cérébrales sont bien des chroniques, mais antérieurement ils ont été des aigus. Si un embolus se précipite d'emblée et produit des effets terribles, instantanés ou rapides, les préparatifs de son organisation ont

consisté en troubles pathologiques antérieurs, variés, répétés, souvent à apparitions et disparitions rapides : ce sont ces troubles qui, par leur succession, représentent les diathèses, ces diathèses que dès maintenant on serait en droit de considérer comme une succession d'auto-intoxications, comme des toxicités à répétition.

En résumé, c'est en pénétrant dans l'étude des diathèses que l'on arrivera à mieux apprécier la démence par ramollissement cérébral, par sclérose interstitielle, par méningite; c'est par l'étude des auto-intoxications que l'on comprendra mieux les diathèses qui ne sont peut-être que des successions d'auto-intoxications ; c'est par l'étude des auto-intoxications que l'on arrivera à mieux comprendre les états morbides désignés improprement sous le nom de démence aiguë ou leurs équivalents ; c'est par ces études que l'on interprétera mieux les troubles vasculaires des hystériques et de certains épileptiques, que l'on songera moins à les hypnotiser et que l'on diminuera la suggestibilité et la crédulité d'un grand nombre d'individus.

M. Deny (Paris) désire attirer l'attention sur quelques faits qui lui paraissent de nature à modifier les idées sur la pathogénie des folies viscérales ou sympathiques. Il fait allusion à des expériences toutes récentes de M. Brown-Séquard, qui visent la pathogénie de l'urémie.

On sait que M. Brown-Séquard admet que le rein est une glande dont la sécrétion st à la fois interne et externe, et que c'est à la suppression non pas de sa sécrétio externe (l'urine), mais bien de sa sécrétion interne, que sont dus les accidents dits urémiques.

Cette manière de voir trouve sa confirmation dans un certain nombre de faits cliniques et expérimentaux concernant d'autres glandes à sécrétion purement interne, telles que la glande thyroïde, les capsules surrénales, etc.

Il est aujourd'hui établi que l'idiotie myxœdémateuse coïncide toujours avec un arrêt de développement du corps thyroïde, que les malades auxquels on enlève cette glande en totalité sont frappés au bout d'un certain temps d'idiotie, etc. On a constate également la production d'un certain nombre d'accidents nerveux à la suite de la destruction ou de la dégénérescence des capsules surrénales, de la glande pituitaire, des ovaires, etc. A vrai dire, le mécanisme de ces accidents n'est pas encore parfaitement élucidé, on est toutefois autorisé à penser que toutes ces glandes jouent vis-à-vis de l'organisme un rôle de protection soit en versant dans le sang des principes susceptibles de maintenir en équilibre la composition du liquide nourricier, soit en neutralisant des poisons formés ailleurs.

Si cette conception est vraie non seulement pour les glandes à sécrétion purement interne, mais aussi pour les glandes à sécrétion externe, telles que le rein, le foie, le pancréas, le testicule, etc., on voit que ce n'est plus seulement la pathogénie de la folie urémique ou de la folie brightique qui se trouve bouleversée, mais celle de toutes les folies viscérales en général. Ce serait, en un mot, à un trouble de la sécrétion, fonctionnel ou organique, temporaire ou permanent, des différentes glandes de l'organisme que ces folies devraient être rattachées.

M. Brissaud (Paris) signale l'intoxication iodoformique comme cause possible d'accidents délirants, post-opératoires graves et même de mort après laquelle l'autopsie ne décèle aucune trace d'empoisonnement septique appréciable.

M. Briant (Paris) rappelle que M. Gilbert Ballet a dit qu'il ne fallait pas s'illusionner sur la valeur de l'auto-intoxication dans ses rapports avec les maladies mentales. Il ira plus loin et dira qu'il n'est pas démontré du tout que l'urine d'un maniaque qui tue un lapin, fasse délirer l'homme. Il croit cependant que l'auto-intoxication joue un rôle dans

la genèse des maladies mentales, mais, pour qu'elle agisse, il faut, comme pour les délires alcooliques, une prédisposition individuelle.

M. Colin lit, sur le rôles des auto-intoxications, un travail dont voici les conclusions :

1° Il y a des malades qui s'auto-intoxiquent. Ce sont des malades à crises ;

2° Pour ces recherches, on ne peut prendre en masse des groupes de malades aussi génériques et aussi étendus que les mélancoliques et les maniaques. Il y a, en effet, *des héréditaires* qui, sans la moindre auto-intoxication, ont des accès de manies ou de mélancolie ; or, pour les auto-intoxiqués, il s'agit toujours de cas particuliers ;

3° L'examen chimique journalier des urines est indispensable. Il suffit, le plus souvent, à déceler la probabilité de l'auto-intoxication. L'examen de la toxicité est, après l'examen chimique, un élément important ;

4° Ces deux méthodes doivent d'ailleurs rester ce qu'elles sont, en réalité, un simple adjuvant de l'examen clinique.

M. Régis (Bordeaux) trouve qu'on peut tirer, de la discussion qui vient d'avoir lieu, les conclusions suivantes :

1° L'expérimentation avec les urines et l'analyse chimique ne sont pas en mesure de donner des résultats complets ; il y a lieu de reprendre, de perfectionner, de compléter les recherches qui ont été faites jusqu'ici ;

2° Les folies par auto-intoxication se présentent, en clinique, sous deux aspects différents, soit le délire aigu, soit la confusion mentale réelle ;

3° Les psychoses par auto-intoxication peuvent revêtir l'aspect de la paralysie générale ;

4° Le traitement antiseptique interne est utile quand on se trouve en présence d'un cas d'aliénation mentale due à une auto-intoxication.

(*A suivre.*)

COURRIER

Maternité de Saint-Antoine. — Les anciens baraquements qui ne servent plus aux contagieux depuis la création de l'hôpital d'Aubervilliers vont être démolis pour faire place à la construction d'une nouvelle maternité à l'hôpital Saint-Antoine.

Ces travaux importants continuent la mise à exécution du plan d'ensem ble adpté par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, en vue de l'amélioration du traitement des femmes en couches. Cet agrandissement était, paraît-il, devenu nécessaire, car, chaque année, l'Assistance publique reçoit des demandes de plus en plus nombreuses de traitement gratuit.

Cette nouvelle Maternité coûtera 600,000 francs !! elle renfermera 62 lits. L'ensemble du service se composera de 5 pavillons en brique et fer, dont un seul affecté au logement du personnel et à la consultation, et élevé d'un étage.

Deux constitueront la Maternité proprement dite, un servira de salle d'opération ; le cinquième de salle d'isolement.

Tous les pavillons seront chauffés à la vapeur et éclairés à l'électricité. Bien que la Maternité doive être complètement séparée du reste de l'hôpital (entrée spéciale rue de Chaligny), son installation sera faite de telle sorte que l'éclairage électrique puisse être étendu par la suite à d'autres services, sans occasionner de grands frais.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur Fournier

Le traitement des syphilides secondaires.

On peut traiter les syphilides secondaires par la médication interne et par la médication externe.

La médication interne est la plus importante et elle a, comme vous le savez, pour agents, deux grands médicaments : le mercure et l'iodure de potassium.

Le premier doit être regardé comme le spécifique par excellence des syphilides secondaires et sa puissance contre ces manifestations de la vérole a été reconnue dès le quinzième siècle. On l'employa, au début, parce qu'il se montrait actif contre certaines affections cutanées, la gale, par exemple, et nous trouvons dans les écrits des contemporains la trace de l'enthousiasme qu'excitèrent les succès obtenus. L'expérience n'a fait que confirmer l'opinion des anciens et actuellement la valeur du mercure contre les syphilides secondaires est admise par tout le monde.

L'iodure de potassium est infiniment moins actif contre les syphilides. Cependant il est utile dans les syphilides intermédiaires entre la période secondaire et la période tertiaire et dans les syphilides ulcéreuses superficielles.

Par quelle voie administrerez vous le mercure? On emploie, comme vous le savez, la voie sous-cutanée, la voie stomacale, etc. En réalité toutes sont bonnes, et vous vous déciderez d'après la situation du client, ses désirs. Les injections sous-cutanées donnent parfois des succès étonnants. Vous avez pu voir dernièrement des syphilides tuberculeuses confluentes de la face disparaître en trois jours à la suite d'une injection de sous-azoiodate de mercure. Cependant le traitement par la voie stomacale est le plus habituel, celui qui répond le mieux aux convenances sociales.

Toutes les préparations de mercure peuvent être utiles, mais deux sont plus puissantes contre les manifestations de la vérole dont nous nous occupons : le sublimé et le protoiodure. Entre ces deux médicaments, vous devrez même choisir le second, car le sublimé, j'ignore du reste pourquoi, convient surtout à la période tertiaire, et efface moins vite les syphilides secondaires que le protoiodure.

La dose moyenne de ce dernier doit être de 0,10 pour l'homme et de 0,07 à 0,08 pour la femme.

La médication externe des syphilides secondaires comprend un très grand nombre de moyens; on a conseillé des bains divers, des purgations, des emplâtres, etc.

Pour ce que l'on peut attendre des bains, la propreté, la détersion de la peau, les bains simples suffisent; tout au plus est-il bon de les rendre parfois un peu émollients par l'addition de son ou d'amidon. Les bains alcalins

sont inutiles, les bains sulfureux sont contre-indiqués. Quantité de médecins prescrivent cependant ces derniers et les malades en prennent souvent eux-mêmes les croyant dépuratifs. En réalité, le bain sulfureux artificiel est irritant, excite la peau et vous savez qu'aux eaux sulfureuses il y a une cure dite d'épreuve, avec laquelle on attire la vérole à la peau. Ne prescrivez donc pas de bains sulfureux dans les syphilides secondaires.

Les bains de vapeur, les bains d'étuve, ne provoquent pas l'élimination du virus de la vérole, inutile d'insister sur ce point ; ils sont donc inutiles et comme, de plus, les sueurs abondantes fatiguent beaucoup les malades, les anémient, c'est encore là un mode de traitement au moins inutile.

Les bains de sublimé ont eu autrefois une très grande vogue et on en trouve encore la formule dans le codex :

Bichlorure de mercure........	āā 20 grammes
Chlorhydrate d'ammoniaque ..	
Eau distillée..................	200 —

Ces bains ont une certaine action curative, malheureusement leur action est très infidèle et peut être dangereuse. En effet, si la peau est saine, il n'y a pas d'absorption dans le bain, des expériences nombreuses le démontrent ; ce n'est donc que s'il y a des solutions de continuité de la peau que le médicament pénètre dans l'organisme. Cette condition est réalisée par les syphilides érodantes et ulcéreuses, mais vous comprendrez facilement qu'il est impossible de savoir la quantité qui sera absorbée ; ainsi que l'expérience l'a prouvé, cette quantité peut être beaucoup trop forte et il survient alors des phénomènes d'intoxication parfois fort graves. Les bains de sublimé ne doivent être employés qu'à titre de méthode d'exception pour les cas rebelles et réfractaires et il ne faut prescrire que des doses faibles.

Les fumigations ont été très usitées et sont actuellement tombées dans l'oubli ; elles ne méritent ni cet excès d'honneur ni cette indignité. On a renoncé aux fumigations de cinabre, d'oxyde gris et le calomel est seul encore employé. L'appareil instrumental est fort simple à installer. Le malade est assis sur un tabouret en bois et, en dessous de ce tabouret on place un bain-marie que l'on chauffe à l'aide d'une lampe à alcool et dans lequel on met une capsule renfermant du calomel. Bientôt le patient autour duquel on a drapé une couverture fortement serrée sur des épaules est entouré de vapeur d'eau et de vapeur de calomel. Les fumigations peuvent être curatives, malheureusement, elles sont débilitantes par les sueurs qu'elles occasionnent, entraînent fréquemment la stomatite, et, de plus, le malade est exposé à respirer le médicament. Les accidents peuvent alors être très graves ; il survient des quintes de toux, des spasmes laryngés et des accès de suffocation qui peuvent entraîner la mort. De plus, les fumigations sont une méthode aveugle, incertaine, car la quantité de mercure qui est absorbée par le malade est impossible à savoir. On les réservera pour les cas où tout aura échoué.

Les fumigations partielles dirigées par exemple contre le psoriasis palmaire ou plantaire, peuvent au contraire être très utiles.

Les formules d'onguents, d'emplâtres, de pommades, employées contre les syphilides secondaires sont extrêmement nombreuses, il faudrait un volume pour les énumérer toutes.

Les pommades peuvent être indifférentes, employées pour calmer un léger prurit, pour détacher les squames ; elles sont alors toutes bonnes et vous emploierez indifféremment le cold-cream, le glycérolé d'amidon, etc.

Un grand nombre de pommades sont au contraire modificatrices et naturellement celles qui contiennent un composé mercuriel quelconque sont les plus employées. La plus usuelle est l'onguent napolitain. Les frictions peuvent être employées utilement contre des manifestations invétérées, psoriasis palmaire et plantaire, syphilides du cuir chevelu, de la barbe. Leur usage sera forcément restreint.

Les pommades à l'iodoforme, à l'acide salicylique, sont utiles pour panser les ulcérations, pour décaper les syphilides, on a encore employé celles à la chrysaroine afin d'effacer les macules.

Les emplâtres sont beaucoup plus utiles que les pommades. Ils restent à demeure, ne fondent pas, détachent les croûtes, sont à la fois un moyen de protection et de pansement.

L'emplâtre de Vigo est connu depuis le XVI[e] siècle ; on y faisait entrer 23 drogues parmi lesquelles se trouvaient les grenouilles vivantes, les vipères, les vers de terre ; la vipère, en ce temps, était en effet regardée comme alexipharmaque, antiputride incisive et désobstruante, et ses vertus n'étaient surpassées que par celles de la poudre de crâne humain. Grenouilles et vers de terre avaient aussi de grandes vertus et l'on attribuait aux grenouilles une grande partie des bons effets de l'emplâtre.

Actuellement, le taffetas de Vigo à 1/5 de mercure est une excellente préparation.

Les préparations à la traumaticine et au collodion déposent sur la peau un vernis persistant et il y a lieu de les étudier.

Parmi les topiques secs, je vous citerai le sous-nitrate de bismuth, le talc, l'oxyde de zinc. On emploie aussi le calomel, qui a naturellement une action beaucoup plus certaine, mais n'agit probablement que par sa transformation en sublimé. L'iodoforme est un excellent modificateur des ulcérations tertiaires, et la liqueur de Labarraque un très bon détersif des plaques muqueuses.

Les caustiques doivent être employés dans le traitement des plaques muqueuses de la peau, dans celui des syphilides végétantes, framboisées.

La cautérisation au nitrate d'argent ou au nitrate acide de mercure est souvent indispensable pour obtenir la guérison des plaques muqueuses de l'aile du nez ou du sillon auriculo temporal.

Enfin, Balzer, attribuant la ténacité de certaines syphilides à l'oblitération des vaisseaux aboutissant à la région occupée par elles, a employé avec succès le massage de ces syphilides concurremment avec le traitement interne.

La plupart des syphilides secondaires guérissent par le traitement interne seul. Cependant le traitement externe est souvent très utile dans des syphilides ulcéreuses superficielles, et, enfin, il est supérieur au premier dans les plaques muqueuses de la peau, contre lesquelles les lotions à la liqueur de Labarraque réussissent très bien.

Dans le psoriasis syphilitique palmaire ou plantaire, lorsque les lésions forment des placards fendillés, squameux, distendus, il faut panser les rhagades avec le taffetas de Vigo simple, donner localement et journellement

des douches de vapeur ou des fumigations, faire des onctions le soir avec une pommade mercurielle qu'on laisse en place pendant la nuit et, enfin, pendant le jour, faire des lotions de glycérine.

Dans les syphilides ulcéreuses on décapera d'abord les plaies par l'emplâtre de Vigo, puis on appliquera le même emplâtre sous forme de bandelettes imbriquées, on fera un pansement occlusif à la Chassaignac que l'on renouvellera tous les jours ou tous les deux jours. Quand la cicatrisation commencera, on saupoudrera d'amidon.

Traitement de certaines formes de paludisme par l'extirpation de la rate.

Est-ce là une nouvelle conquête de la chirurgie ? La splénotomie va-t-elle entrer dans la thérapeutique de la malaria? Nous ne le pensons pas ; mais ce sont là des faits curieux qu'il est nécessaire d'enregistrer.

Il n'y a plus à prouver à l'heure qu'il est que l'ablation de cet organe ne produit pas dans l'organisme des troubles incompatibles avec l'existence. Depuis longtemps la physiologie nous a montré que chez les animaux on pouvait impunément enlever la rate. Pline l'ancien, lui-même, avait cette notion expérimentale et depuis lors, de nombreuses interventions sur l'homme, sont venues démontrer que cette glande n'est pas absolument nécessaire au fonctionnement de notre individu.

Mais avant d'entreprendre une thérapeutique quelconque, il faut toujours se demander si le remède n'est pas pire que le mal et dans l'espèce il faut absolument faire entrer en ligne de compte la gravité de l'opération.

La splénotomie a été faite nombre de fois. Sa mortalité opératoire a toujours été assez élevée et encore ici faut-il faire un départ entre les différentes affections qui ont légitimé ou nécessité l'opération.

C'est ainsi que pour les traumatismes, l'extirpation de la rate a donné une faible mortalité.

M. le professeur Peugniez exposait dernièrement ces idées dans une clinique à l'Hôtel-Dieu d'Amiens et citait les chiffres suivants : dans une statistique d'Adelman on trouve 24 succès sur 25 interventions et Blum a même pu réunir 25 cas de splénotomies terminés par la guérison. Dans les rates déplacées ou atteintes de kystes hydatiques, la mortalité opératoire va en s'élevant et elle devient considérable quand l'extirpation de cet organe est faite pour une hypertrophie leucémique ; ici la proportion est renversée et il y aurait 17 morts sur 18 opérés.

Dans l'hypertrophie malarienne la splénectomie a été faite rarement; aussi ne devons-nous pas passer sous silence les trois opérations de ce genre, pratiquées par le docteur Majérovitch et relatées par lui dans le *Wratch.*

Notre confrère russe ne s'est bien entendu adressé qu'à des cas désespérés, qu'à des malades chez lesquels tous les traitements usités en pareils cas, avaient été vainement essayés. L'affection dont ils étaient atteints présentaient de plus une forme particulièrement grave. Non seulement la fièvre intermittente les affaiblissait depuis plusieurs années, mais encore l'anémie était profonde. Le ventre était ballonné, volumineux, occupé par la rate

hypertrophiée qui envahissait non-seulement tout le côté gauche, mais encore presque toute la région abdominale.

La même conduite opératoire fut tenue dans les trois cas. Section de l'abdomen sur la ligne médiane en suivant la ligne blanche comme dans une laparotomie ordinaire, mais cette incision devait être assez grande pour permettre la sortie de la rate tuméfiée, aussi fut-il nécessaire de lui donner 20 centimètres d'étendue.

L'organe hypertrophié fit immédiatement saillie dans la plaie ; mais sa libération fut assez difficile. Il existait en effet des adhérences un peu de tous les côtés et les plus difficiles à rompre ou à sectionner furent celles qui existaient avec le diaphragne.

Chez un malade l'opération dura bien près de trois heures, il fallut en effet détacher avec la plus grande précaution des adhérences solides qui unissaient l'intestin et son mésenthère à la tumeur.

Malgré la gravité de ces interventions, M. le docteur Majerovitch obtint deux guérisons sur trois opérés. C'est là, comme on le voit, un fort beau résultat et un chiffre à enregistrer. Du reste il ne se produisit après l'acte opératoire aucune complication, sauf chez le malade qui mourut.

Ces splénectomies ne datent pas d'hier, puisque quatre années se sont aujourd'hui écoulées depuis l'intervention et il était intéressant de savoir comment s'étaient comportés les malades opérés. C'est ce que nous dit notre confrère russe qui avec la meilleure foi du monde, nous apprend que d'une manière générale leur santé est bonne, mais que, fait curieux chez une malade, les accès intermittents après avoir cessé pendant quelques jours, ont reparu avant la sortie de l'hôpital et se montrent encore périodiquement sans trop inquiéter la patiente. On peut en conclure que ce n'est pas dans cet organe que s'élabore l'organisme cause du paludisme et de ces quatre années de survies, ainsi que de tous les cas dans lesquels la vie a été parfaitement compatible avec l'extirpation de la rate, on peut comme M. Majérovitch, ne pas considérer cette glande comme un objet de luxe pour l'organisme ; mais penser qu'il existe des circonstances dans lesquelles sa présence est plus nuisible qu'utile.

Signalons, en terminant, les injections de liqueur de Fowler, dans le parenchyme splénique proposées par Mosler et pratiquées par Kocher ; mais dans un cas d'hypertrophie leucémique ; peut-être a-t-on suivi la même conduite dans la malaria ; mais ces faits ne sont pas arrivés à notre connaissance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 septembre 1893. — Présidence de M. Le Fort

—

Après la lecture du procès-verbal de la dernière séance et le dépouillement de la correspondance, l'Académie n'ayant aucune question à son ordre du jour, la séance est levée.

Voilà plusieurs séances vraiment inutiles que tient l'Académie de médecine, fort peu de membres présents et point de communications ; il serait, croyons-nous, préférable de prendre franchement des vacances que de tenir des séances seulement pour la forme.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (1)

(IV[e] session tenue à La Rochelle, du 1[er] au 6 août 1893.)

Des faux témoignages des aliénés. — M. Cullerre (La Roche-sur-Yon), rapporteur. Les problèmes relatifs au témoignage des aliénés devant la justice n'ont pas exercé jusqu'ici la sagacité des médecins légistes, sans doute parce que les occasions de les étudier n'ont pas été fréquentes. Dans les traités consacrés à la médecine légale des aliénés, c'est à peine s'il est fait mention de la possibilité, pour un de ces malades, de tromper la justice par ses dépositions, et, afin de mettre en garde contre ce danger quasi hypothétique, on se contente d'énumérer quelques préceptes généraux d'ordre théorique, comme par acquit de conscience.

Mais, d'une part, la science progresse, le domaine de la folie s'élargit de plus en plus; ceux, de plus en plus nombreux, que surexcite le milieu contemporain, prennent, en dépit des séquestrations dont ils sont l'objet, une part plus grande à notre vie de tous les jours ; d'où il résulte qu'ils sont de plus en plus mêlés aux affaires judiciaires dans lesquelles leur intervention peut avoir, surtout au point de vue du témoignage, les plus fâcheuses conséquences.

Le faux témoignage des aliénés devant la justice se présente sous des aspects assez divers. Pour les envisager tous, il est nécessaire de prendre le mot témoignage non seulement dans le sens de déposition d'un témoin, mais encore dans celui d'attestation, de déclaration affirmative, de dénonciation, c'est-à-dire dans son acception la plus étendue.

M. Cullerre passe ensuite en revue la plupart des cas dans lesquels les aliénés peuvent faire de faux témoignages devant la justice, mentionnant de nombreuses observations ntéressantes. Il termine son rapport par les considérations suivantes :

Le témoignage des aliénés est toujours entouré d'incertitude ; aussi ne doivent-ils pas être admis à prêter serment et à témoigner en la forme ordinaire. Tout au plus peuvent-ils être entendus à titre de renseignement, comme les enfants et les mineurs. Certaines formes partielles de l'aliénation sont, à la vérité, compatibles avec une observation exacte du monde extérieur, mais, à moins d'avoir une connaissance approfondie des maladies mentales, nul ne peut être sûr que, dans le récit des faits qu'il demande à un aliéné atteint de folie partielle, ce dernier ne mêle aucune illusion, aucune interprétation délirante.

Les aliénés, dans certains cas déterminés, peuvent faussement témoigner contre eux-mêmes. Lorsque l'affection mentale est caractérisée, il est en général facile de rattacher ces auto-accusations à leur véritable origine. Mais, il arrive souvent qu'elles se produisent dans la période d'incubation de la folie, alors que l'on peut à peine se douter de l'existence du mal et quelques exemples tendent à prouver que, dans ces conditions, une erreur judiciaire n'est pas absolument impossible.

Les aliénés qui s'accusent le plus fréquemment sont les mélancoliques. Leurs faux aveux sont la résultante logique de leurs conceptions délirantes, qui tendent à s'objectiver sous cette forme.

La plupart de ces mélancoliques auto-accusateurs sont des alcooliques. Ils sont conduits à s'attribuer des culpabilités imaginaires par l'affaiblissement du pouvoir de contrôle de la conscience sur le cours des idées. En proie à l'angoisse et à la terreur, ils prennent une hallucination, un souvenir, un rêve pour la réalité et viennent s'accuser d'un crime qu'ils s'imaginent simplement avoir commis. La rapidité avec laquelle, sous l'influence de l'abstinence, la conscience se ressaisit, enlève en général toute importance médico-légale à ces faux aveux.

(1) Voir les numéros des 9 et 12 septembre 1893.

Les faux aveux des hystériques sont puisés à une source analogue, l'hallucination et le rêve, mais ils sont d'une importance bien plus grande en ce que la conviction dont ils sont l'expression persiste indéfiniment chez le malade, aucun retour de la conscience ne venant la modifier. Heureusement, s'ils paraissent avoir été fréquents à une époque éloignée de nous, ils semblent devenus bien rares à l'heure actuelle.

Enfin l'aveu d'une culpabilité imaginaire se rencontre dans le cours de certains paroxysmes psychiques relevant de la dégénérescence mentale acquise ou héréditaire. Certains congestifs, certains raisonnants et quelques dégénérés atteints de folie morale s'accusent de crimes qu'ils n'ont pas commis, par orgueil, par exaltation de leur personnalité, cédant au besoin de se poser en héros de scélératesse, ou encore par simple perversité. Leur faux témoignage peut embarrasser la justice, mais il ne résiste pas à un examen scientifique bien dirigé.

La leçon qui découle de l'étude de ces différentes catégories de faits est, en définitive, que l'aveu spontané d'un crime n'a rien de décisif et que, quand la preuve ne peut être faite, il y a lieu de soupçonner la folie chez l'auteur de l'aveu et de le soumettre à une expertise médicale.

Presque toutes les formes de la folie favorisent chez les aliénés la tendance à lancer contre autrui des accusations erronées. Mais ces dénonciations n'ont de réelle importance médico-légale que lorsqu'elles sortent de la bouche des psychopathes qui, par la correction apparente de leur état mental, en imposent aux personnes chargées de recevoir leur témoignage.

Ces psychopates pseudo-lucides appartiennent tous à la folie héréditaire : ce sont les circulaires, les persécutés raisonnants ou persécutenrs, et les hystériques. Ils présentent tous au point de vue nosologique ce caractère commun : la faiblesse ou la perversion du sens moral. Ils dénoncent faussement par haine, par vengeance, par appétit de mal faire ; cela devient chez quelques-uns une idée fixe qui dirige toutes leurs démarches, toutes leurs actions, leur vie entière.

Nous avons surtout appelé l'attention sur les persécutés persécuteurs dont les dénonciations mensongères et les revendications non fondées peuvent être et sont probablement la cause de nombreuses erreurs judiciaires.

Naus venons d'englober les hystériques dans le groupe des héréditaires et des dégénérés selon les données classiques. Tout en maintenant que nombre de ces malades appartiennent bien à ce groupe, nous devons rappeler que leurs faux témoignages peuvent provenir, et, en fait, proviennent souvent d'une autre source que la perversion de leur sensibilité morale et qu'ils sont alors la conséquence d'une idée délirante tirée d'un rêve ou d'une hallucination. Cette notion jette une vive lumière sur un certain nombre d'accusations étranges et monstrueuses lancées de bonne foi par des hystériques contre des malheureux qui, n'ayant pu démontrer leur innocence, ont reçu une flétrissure et un châtiment immérités. Mieux connue des médecins et mieux appréciée des magistrats, elle pourra éviter à l'avenir les douloureuses erreurs judiciaires dont nous avons trouvé des exemples dans un passé encore bien près de nous.

M. Doutrebente soutient qu'il n'est pas possible d'accorder la moindre confiance et la moindre valeur au témoignage des aliénés. Or, si cela est facile à observer quand l'aliéné est séquestré, quand il est en liberté, tout est bien différent et il se peut trouver des tribunaux qui ne fassent pas faire une enquête médicale. Dans les asiles, au cours des enquêtes diverses faites à la suite de plaintes, on voit à combien de mécomptes il faudrait s'attendre si l'on accordait créance aux témoignages des aliénés. Et M. Doutrebente cite deux autres faits, entre autres celui d'un jeune homme qui se plaignait d'être roué de coups par son gardien, et celui d'une femme qui accusait le directeur de la faire coucher

sur des chaînes de fer. On n'eut pas de peine à reconnaître l'inanité de ces accusations faites de sang-froid et avec la plus grande apparence de sincérité. Ce qui complique enfin la question, c'est le cas où se trouvent certains aliénés à forme circulaire : il en est dont les accès ne reparaissent que tous les six mois, tous les ans, quelquefois tous les dix ans ; et certainement dans l'intervalle il serait souvent téméraire d'accepter leur témoignage sans contrôle.

M. A. Voisin rapporte le fait d'une hystérique qui inventa, et raconta avec la plus grande vraisemblance, une histoire de viol dont elle se prétendait victime.

M. Charpentier. La manière dont nous apprécions les affirmations de nos aliénés quand ils sont dans nos services peut nous servir de guide pour apprécier leur déposition en justice.

Quand le fait qu'ils affirment ou nient est absolument étranger à leurs idées de folie, quand il est sans rapport direct avec leurs idées de haine ou de vengeance contre leurs familles, le personnel de l'hôpital, ou les autres malades, nous y attachons une certaine créance, sauf les réserves que doit toujours faire un esprit prudent.

Il est donc sage qu'en toutes circonstances le médecin soit consulté à propos du degré de croyance qu'on doit apporter aux allégations des aliénés.

Ceci s'applique aussi aux aliénés pendant leurs intervalles lucides et aux aliénés sortis guéris.

Entre le moment où le sujet est lucide et celui où il a perdu sa lucidité il existe un intervalle vagne, difficile à préciser comme durée et souvent sans symptômes; il est possible que ce soit à ce moment que son témoignage soit invoqué. Or, il arrive souvent que le délire devient manifeste quelques jours après, et l'apparition de ce délire indique la valeur de la déposition.

Très souvent dans le service nous avons été témoin de plaintes portées par des malades lucides, que nous étions disposé à croire et qui n'étaient que le prélude d'une rechute imminente, et le seul symptôme constatable.

Toute déposition faite par un individu aliéné ou ayant été aliéné, devrait être précédée d'un certificat médical.

M. Mabille apporte, de son côté, d'autres exemples, entre autres celui d'une femme de 37 ans, à crises d'hallucinations intermittentes, qui, une fois sortie de l'asile, accusa son mari de sévices sur elle; le malheureux passa quinze jours en prison, ce ne fut qu'alors qu'on s'aperçut que la femme avait tout inventé.

M. Mabille attire l'attention sur les aliénés séniles qui inventent si facilement des histoires de vol.

M. J. Voisin fait observer combien est mauvaise cette coutume qui veut qu'on puisse entendre un épileptique *trois jours* après la cessation de la crise. Or, tout le monde sait combien il est fréquent de voir pendant une, quelquefois deux et même trois semaines après la fin de la crise, des épileptiques avoir encore des hallucinations dont ils ne gardent souvent aucun souvenir.

MM. Briand, Doutrebente et Régis insistent sur les dangers que présentent les témoignages de gens faisant de la folie à deux, et en citent de curieux exemples.

M. Briand propose de mettre aux voix le vœu *que les autorités compétentes n'acceptent qu'avec la plus grande réserve le témoignage des aliénés.*

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

Les Sociétés de patronage pour les aliénés sortants. — M. Giraud (de Rouen). Après avoir exposé en détail les efforts faits jusqu'à ce jour en France pour le patronage des aliénés (Sociétés crées par MM. Falret, Baillarger, Mitivié, David, Richard, etc.) et les résultats de la récente intervention de pouvoirs publics dans la question (1889),

M. Giraud expose l'organisation des Sociétés de patronage étrangères sur lesquelles a pu porter son enquête. C'est ainsi qu'il passe en revue les principales institutions de l'Allemagne, de la Belgique, Italie, Autriche et Grande-Bretagne. Les Sociétés de patronage suisses font l'objet d'une étude spéciale et particulièrement détaillée de M. le docteur Ladame, étude annexée au rapport. De tout l'exposé il résulte que le principe même des Sociétés de patronage ne saurait être discuté ; ce qui a été dit il y a plus de cinquante ans reste toujours vrai : la Société n'a pas rempli sa tâche jusqu'au bout lorsque, après avoir assisté des aliénés à l'asile, elle les laisse à la sortie sans appui. Tout asile devrait être, sinon pourvu d'une Société de ce genre, au moins affilié à une œuvre de patronage pour que l'assistance, si elle est encore nécessaire, ne s'arrête pas au seuil de l'asile. L'objection posée de la nécessité de l'intervention des pouvoirs publics est controuvée par le succès si encourageant de l'initiative privée de plusieurs pays (Suisse notamment). L'indifférence du public et le nombre déjà grand des œuvres de bienfaisance sont des obstacles sérieux au début ; une propagande active et un taux minime des cotisations peuvent en triompher.

Le faible mouvement de certains asiles et le milieu agricole peuvent restreindre les applications du patronage et en rendre le fonctionnement onéreux ; on y peut obvier par une sorte de fédération de diverses Sociétés, une seule pouvant assister les sortants de plusieurs établissements.

Quoi qu'il en soit, aussi bien en France qu'à l'étranger, l'organisation des Sociétés de patronage paraît être toujours réalisable. Reste à choisir entre les différents modes d'organisation. On les peut ramener à deux types qu'on pourrait appeler type Falret ou de Paris, et type David Richard, très développé en Allemagne et en Suisse ; le premier type est une Société indépendante, tandis que le deuxième est une dépendance administrative de l'asile. Les deux systèmes répondent chacun à des besoins différents et l'on pourrait appeler l'un système des grandes villes, l'autre système des campagnes. La question du patronage familial, rattaché comme en Belgique aux colonies de Ghéel et Lierneux, ou au Boarding out System, en Angleterre, doit être réservée, en particulier pour ce qui concerne la France, la tentative de Dun-sur-Auron étant de création trop récente et les questions multiples qui se posent à son sujet étant encore pendantes. La grosse question des ressources pécuniaires nécessaires à ces créations pourrait être en partie résolue par l'attribution intégrale du produit du travail des aliénés et des effets de succession. Quel que soit le système adopté il paraît y avoir grand intérêt à ce que la direction de la Société soit en relation avec le personnel de l'asile. Nul ne peut s'intéresser au malade plus que le médecin qui a donné des soins et qui a provoqué la sortie. Il ne faut pas que le convalescent ait, en rentrant dans la Société, à faire des démarches multiples pour obtenir l'assistance nécessaire. Si le convalescent a besoin, pendant un certain temps, de secours, la connaissance des antécédents n'est pas inutile pour apprécier l'importance et la durée de ces secours.

M. Bourneville, revenant sur les résultats de l'enquête administrative auprès des médecins d'asiles en ce qui concerne l'opportunité du patronage, déplore que trop souvent la réponse ait conclu au rejet du patronage comme inutile dans tel ou tel département. Ces réponses négatives s'expliquent parce que les commissions administratives, dont les médecins-directeurs ont transmis l'avis après consultation, sont composées de gens pleins de dévouement et de bonne volonté mais insuffisamment préparés et compétents.

Il regrette que l'Administration supérieure ait oublié d'envoyer son rapport au Conseil supérieur, à un grand nombre de médecins d'asiles, ce qui leur eût permis de s'éclairer et d'éclairer les membres des Commissions. Moyennant que l'on varie selon les

milieux, comme le propose M. Giraud, l'organisation des Sociétés de patronage, M. Bourneville ne doute pas qu'avec une propagande active et de la persévérance on n'arrive à créer partout des Sociétés qui rendront de grands services.

M. Toutant (de la Rochelle) rappelle la teneur des circulaires ministérielles et donne lecture des paragraphes relatifs à ce sujet.

M. Charpentier regrette que, pour des raisons d'ordre politique, les pouvoirs publics n'aient pas songé à développer, à Paris, l'institution déjà ancienne et assez florissante par la seule initiative privée. La Société créée par MM. Falret et Baillarger remplit d'excellentes conditions et s'imposait à l'attention du Conseil général; pour créer à côté une Société nouvelle, il faut, a-t-on dit, une propagande active; M. Charpentier redoute les conférences à un public étranger aux questions d'aliénation mentale, auquel cette demi-vulgarisation ne peut que donner des notions fausses préjudiciables, selon lui, aux asiles, aux aliénistes comme aux aliénés.

M. Giraud fait observer que ces conférences se font sous forme de sermons de charité dans la Société du type que défend M. Charpentier, il ne voit pas pourquoi une propagande laïque parallèle et semblable ne donnerait pas les mêmes résultats comme propagation des idées philanthropiques et recrutement d'adhérents.

M. Mabille lit une note de M. Pons (de Bordeaux) sur les inconvénients que peut avoir le patronage entre les mains de personnes autres que le personnel des asiles. Il considère comme violation périlleuse du secret professionnel le fait de signaler à un patron tel ouvrier, par exemple, comme sortant de l'asile. M. Mabille ajoute que les ressources qu'on propose de tirer du pécule des aliénés morts nécessiteraient une modification aux décrets et règlements qui l'attribuent à l'asile.

M. Drouineau, après avoir rappelé la teneur de ces règlements qui ne peuvent être modifiés par la seule autorité préfectorale, proteste contre une objection de M. Pons qui, comparant incidemment le patronage à l'organisation de la protection de l'enfance, croit que celle-ci végète et aurait même échoué en plusieurs endroits. La République, dit M. l'Inspecteur général, a créé un réseau complet de Sociétés et de fonctionnaires dévoués à la protection de l'enfance; chaque jour on fait en ce sens un pas nouveau, et, tout dernièrement encore, on vient de compléter l'effort par la protection de la femme enceinte actuellement en voie de réalisation.

M. Charpentier a appelé l'attention sur une catégorie nombreuse de dégénérés pervers assez lucides pour être mis en liberté des asiles, mais y revenant constamment; il estime que le patronage, en s'égarant sur de tels malades, mène à de grosses déceptions. Suivant lui, d'ailleurs, de tels individus ne devraient pas être admis à l'asile, on n'aurait pas ainsi à les patronner a la sortie.

M. Doutrebente rend compte des résultats négatifs de sa tentative d'organisation du patronage. La responsabilité de la Commission de patronage, en cas d'accidents causés par les aliénés sortis, a été le principal écueil.

M. le Président propose au Congrès de clore la discussion en votant les conclusions du rapport de M. Giraud. Ces conclusions, qui sont les suivantes, sont adoptées :

1° Tout asile devrait être sinon pourvu spécialement d'une Société de patronage, au moins affilié à une Société de ce genre, pour que l'assistance, si elle est encore nécessaire, ne s'arrêtat pas au seuil de l'asile.

2° Dans l'état actuel de la législation, aussi bien en France que dans les autres pays, l'organisation d'une Société de patronage pour les aliénés sortant de l'asile est toujours possible ;

3° L'organisation de la Société de patronage doit varier suivant que l'on se trouve dans une grande ville ou en dehors d'une grande amélioration de population.

Dans le premier cas, on doit se préoccuper avant tout de procurer un refuge temporaire aux convalescents nécessiteux sortant de l'asile pour les mettre à l'abri de la misère en attendant qu'ils aient trouvé une occupation.

Dans le second cas, on doit surtout répondre aux nécessités de l'assistance par les secours à domicile. Il faut donc, tout d'abord, constituer une caisse de secours distincte de celle de l'asile, avec son capital de réserve, et s'attacher des correspondants affiliés à la Société, sur tous les points où l'assistance doit s'exercer. Le produit du travail des aliénés est appelé à jouer un rôle pour l'alimentation de la caisse de secours.

Le patronage des aliénés étant lié à l'assistance donnée à l'asile, le personnel médical et administratif des asiles doit former partie intégrante des agents actifs de l'œuvre, et le siège de la Société doit être, sinon à l'asile, au moins à proximité de l'asile.

Action des couronnes aimantées dans le traitement des maladies mentales et nerveuses. — M. Luys (de Paris) soumet le résultat de ses expériences sur l'action des anneaux en couronnes et la vision colorée des hystériques tendant à lui faire admettre une polarisation fluidique des corps vivants. Une série de dessins très curieux dus à des malades hystériques et soumise aux congressistes; la polarisation unilatérale y est indiquée par des colorations bleues ou rouges en rapport avec les pôles aimantés également teintés de couleurs homologues ou inverses.

— Entre temps le Congrès a visité l'hôpital de La Rochelle et la station balnéaire de Chatelaillon; une réception à la Mairie et un banquet sur la plage ont terminé les journées des 1er et 2 août. Le 3, visite et réception à l'asile de Lafond.

Sur l'hydrocéphalie. — M. le Dr Bourneville présente une collection de 17 crânes et de nombreuses photographies à l'appui de cette communication sur les diverses formes de l'hydrocéphalie.

Il en considère deux formes principales et range dans un premier groupe les cas où il n'y a pas de grandes malformations du cerveau : c'est l'hydrocéphalie simple ou idiopathique, avec ventricules dilatés et substance cérébrale amincie. Le crâne est épaissi, surtout chez les sujets âgés.

Le second groupe, hydrocéphalie symptomatique, comprend les cas où il y a des malformations cérébrales : absence d'hémisphères cérébelleux, tumeurs du cerveau ou du cervelet, méningite chronique.

Le premier groupe peut guérir, dans le second il y a généralement une issue fatale.

Comme traitement, la ponction capillaire ou la trépanation avec drainage peuvent donner de bons résultats. M. Bourneville en a obtenu aussi avec la compression par des bandelettes de Vigo, que l'on suspend de temps en temps pendant plusieurs jours. De plus, il recommande les bains salés, l'exercice de la marche et de la parole et le calomel à l'intérieur.

COURRIER

Legs Maillard. — Par décret, en date du 20 janvier 1893, rendu sur le rapport du président du conseil, ministre de l'intérieur :

Le président de la Commission administrative de l'hôpital Saint-Jacques, existant à Paris et reconnu comme établissement d'utilité publique, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées, le legs fait à cet établissement par M. Jules-André Mail-

lard, suivant ses testaments et codicilles olographes des 23 mai 1883 et 11 mai 1884 consistant dans la nue propriété d'une somme de 4,000 francs.

Lors de l'extinction de l'usufruit, le produit de ce legs sera placé conformément à l'article 12 des statuts, en titres ou valeurs nominatifs.

La Commission administrative du bureau de bienfaisance de Neuilly-sur-Seine (Seine) est autorisée à accepter le legs d'une somme de 500 francs fait à nu propriété à cet établissement par M. Jules André Maillard, suivant son testament olographe du 23 mai 1883.

Collège des médecins de Philadelphie. Prix William Jenk. — Ce prix triennal de 500 dollars sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire sur ce sujet : *Infant mortality during labor, and its prevention.*

Ce prix devra être le travail d'un seul auteur et écrit en anglais ou en une langue quelconque avec une traduction anglaise.

Ce mémoire devra être adressé au Collège des médecins de Philadelphie avant le 1er janvier 1895.

— Dans notre article nécrologique du 5 septembre, nous avons annoncé la mort de M. Chupin, Léon, interne des hôpitaux de Nantes, qui a été enlevé par le choléra en soignant les malades ; nous venons d'apprendre que l'administration hospitalière, fait placer dans l'Hôtel-Dieu, où il a contracté sa maladie, une plaque de marbre blanc avec une légende commémorative pour perpétuer le souvenir de son dévouement.

C'est la troisième fois que la ville de Nantes a l'occasion de consacrer ainsi le souvenir d'élèves en médecine morts victimes du devoir professionnel. La première plaque porte le nom de Jules Fraud, étudiant, mort de variole contractée dans le service ; la seconde rappelle celui d'Emile Mertet qui a succombé à un érysipèle dans les mêmes conditions.

C'est là une excellente coutume et que nous voudrions voir se généraliser. Dans plusieurs hôpitaux de Paris il existe des inscriptions semblables. Depuis longtemps on a adopté cet usage dans le service de santé de la marine. Les cimetières de toutes nos colonies contiennent des monuments où se trouvent inscrits le nom des médecins morts dans les épidémies antérieures. La liste en est longue, C'est le livre d'or des médecins de la marine.

Sensibilité colorée. — Un de nos collègues de la marine, M. Le Dantec, publie, dans les *Archives de médecine navale* d'août, de curieuses observations de sensibilité colorée, se rapportant pour la plupart à des hystériques anesthésiques. Chez l'un des sujets observés, le pincement de la peau donnait la sensation de la couleur verte, la piqûre donnait celle du rouge, la chaleur était perçue jaune, etc. Ces sensations lumineuses passaient comme des éclairs.

— M. le docteur Francis Villar, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux, est chargé d'une mission gratuite en Italie, à l'effet d'y étudier les questions relatives à l'enseignement de la chirurgie.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

LE TOKELAU ET SON PARASITE

Le *tokelau* est une affection cutanée qui tire son nom de la petite île de Tokelau (Océanie) dans laquelle elle s'est montrée pour la première fois. M. le médecin en chef Bonnafy vient d'en faire une étude très complète et nous sommes heureux, grâce à son obligeance, de pouvoir faire profiter nos lecteurs de son intéressant travail.

Cette maladie est connue des Européens depuis deux siècles et les documents qui se rattachent à son histoire se rapportent à deux périodes bien définies.



Dans la première, qui s'étend de 1686 à 1841, ce sont des capitaines de navire qui en ont parlé ; on peut donc l'appeler *la période des navigateurs.*

Dans la seconde, la question est prise par les médecins qui ont nom Turner, Tilbury Fox, Măc Gregor, Koniger, Patrick Manson, Hirsch, Guppy et en dernier lieu Bonnafy, dans le travail duquel nous allons retrouver la part qui revient à chacun des auteurs précités.

Description du tokelau. — Cette maladie parasitaire siège dans les couches les plus superficielles de l'épiderme humain.

Sauf la tête et la face palmaire de la main, toutes les parties du corps peuvent être envahies ; c'est même ce qui arrive fatalement au bout de quelques années. Le parasite paraît ne pas pouvoir envahir le cuir chevelu.

Pour bien étudier le type de l'affection, il faut choisir un sujet vierge de traitement et examiner une partie du corps à l'abri des tentatives que le malade fait pour se gratter ; on est alors frappé, même à distance, par l'aspect que présente la peau qui est pour ainsi dire couverte de cocardes. On voit des systèmes d'anneaux concentriques et parallèles, clairs et brillants (voir le schéma 1). Chaque système varie, en dimension, de la largeur d'une pièce de 5 francs à celle de la paume de la main.

L'intervalle qui sépare l'un de l'autre les anneaux voisins d'un même système est de quelques millimètres à un centimètre et demi.

Quand la maladie n'est pas trop ancienne, il est toujours possible de trouver des systèmes isolés entourés de peau saine ; mais ces systèmes en s'agrandissant comme une tache d'huile finissent par se rencontrer et se contrarient. Les anneaux ne sont plus complets et les régions malades sont limitées par une série d'arcs dont la convexité est tournée vers la peau saine non encore envahie.

Plus tard, chaque système progressant pour son propre compte et labourant à son tour un terrain déjà ravagé par d'autres systèmes, il en résulte que les systèmes empiètent les uns sur les autres, se superposent pour ainsi dire, d'où une cacophonie de dessins dans laquelle on peut à peine distinguer quelques lignes serpentines.

Pourquoi y a-t-il plusieurs systèmes, c'est-à-dire plusieurs centres de végétation? Il est évident que, si le parasite, une fois semé sur un point, le malade n'intervenait pas, il ne se développerait qu'un système. Ce système serait grandiose, il engloberait tout le corps avec le temps et irait se fermer aux antipodes du point de départ. Mais le malade se gratte d'où la multiplicité des centres de végétation.

Si on examine de plus près le malade, on se rend compte des détails suivants : Ces anneaux clairs, brillants, sont constitués par des lamelles d'épiderme soulevées et placées côte à côte sur la même rangée circulaire. Le mot *lamelle* est celui qui convient le mieux à ces copeaux ou fragments d'épiderme ; *écaille* entraînerait une idée d'épaisseur notable, ce qui serait faux. D'un autre côté ces lambeaux d'épiderme sont plus que de simples *pellicules*.

Quant à la coloration claire et brillante de ces lamelles, elle s'explique facilement : car ce sont des cellules cornées sans pigment.

Chaque lamelle se rapproche généralement de la forme rectangulaire. Les dimensions de ces lamelles oscillent autour d'un demi-centimètre carré. Chaque lamelle présente une extrémité libre et une extrémité adhérente. Dans chacun des anneaux d'un système, les extrémités libres des lamelles

regardent le centre de ce système, et les extrémités adhérentes regardent la périphérie de ce même système.

La maladie, si elle n'est pas énergiquement traitée, finit fatalement par envahir toute la peau et y reste fixée pour toujours.

Chaque cercle considéré à part va toujours grandissant. Les nouveaux cercles qui viennent s'ajouter naissent au centre du système. C'est en somme une série d'ondes débutant au même point central, comme quand on jette un caillou à la surface d'une eau tranquille.

Diagnostic. — Il n'existe pas une maladie dont le diagnostic soit plus facile, quand elle est à son début.

Quand, au contraire, la maladie est veille de quinze à vingt ans et même

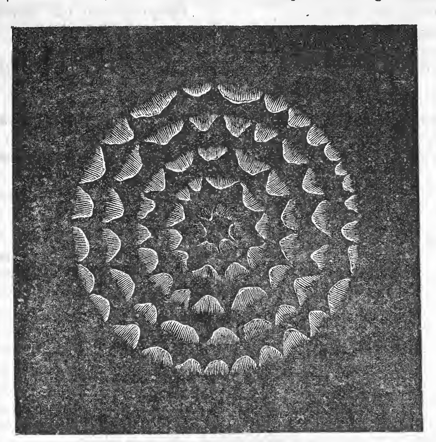


Schéma 1. — Trois systèmes de tokelau se rencontrant.

plus, la forme typique finit par disparaître. Les anneaux ont disparu ; c'est à peine si par places on peut reconnaître quelques ébauches d'arcs ; le malade, en se grattant, a enlevé les lamelles ; il ne reste que les racines de ces lamelles, la peau est rugueuse ; un médecin peu habitué à ces cas pourrait très bien appliquer à cette maladie le nom vague d'*ichthyose*. Cette erreur, très excusable, a été plusieurs fois commise.

Il serait oiseux de dire en quoi le tokelau diffère de la lèpre ; entre les deux maladies, il n'y a rien de commun.

La seule maladie avec laquelle il est rationnel d'établir un diagnostic différentiel est l'*herpès circiné* parce que nous y trouvons deux points de ressemblance :

1° La nature parasitaire des deux maladies ; 2° la même progression excentrique par ondes.

Voici au reste le résumé du diagnostic différentiel basé sur l'ensemble des caractères des deux maladies :

HERPÈS CIRCINÉ	TOKELAU
Guérit tout seul.	Ne guérit jamais tout seul.
A mesure qu'il gagne du terrain à la périphérie il disparaît au centre.	Gagne du terrain à la périphérie sans disparaître au centre.
Petites vésicules donnant du suintement en frottant.	Ni vésicules, ni suintement ; c'est une affection sèche par excellence.
La peau atteinte est le siège d'un certain degré d'inflammation.	Jamais aucune trace d'inflammation.
Desquamation furfuracée.	Desquamation par lamelles très visibles.
Démangeaison moyenne.	Forte démangeaison.
De la peau il peut passer aux cheveux, à la barbe.	Le système pileux n'est jamais envahi.

M. Bonnafy aux Fidji a pu constater des cas d'herpès circiné à côté du tokelau ; mais pas sur le même individu.

Etude du parasite du tokelau. — Le tokelau est une maladie parasitaire

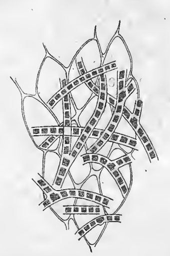


Fig. 1. — Grossissement 330. Squame de tokelau.

au même titre que l'*herpès circiné* produit par le *tricophyton* et ce parasite doit être étudié tel qu'on le trouve sur la peau et dans ses cultures.

Le champignon étudié dans les squames. — Quand on veut rechercher le champignon dans une squame, pour bien voir, il est absolument nécessaire de l'examiner par sa face profonde, celle sur laquelle se trouve le thalle. Quand on cueille les squames sur un malade avec une pince, il est toujours facile, avec un peu d'attention, de ne pas perdre de vue la face qui convient ; mais si on est réduit à examiner de vieilles squames conservées dans un flacon, on est très embarrassé pour s'orienter. Dans ce cas, il faut procéder à l'examen de la squame par la face qui se présente sur la plaque, quitte à la retourner si ce n'est pas le bon côté.

Avant de procéder à l'examen microscopique de la squame qui est sèche, il est indispensable de la traiter soit par une solution de potasse, soit par l'ammoniaque ; on la voit alors s'assouplir et diminuer d'opacité, on la lave

à l'eau qui peut, après l'action des alcalis, l'imprégner facilement; on dépose une goutte de glycérine et on recouvre d'une lamelle; c'est alors que l'on peut entreprendre l'examen microscopique, d'abord avec un grossissement faible ; puis avec un objectif plus puissant. Une fois le champignon trouvé; on peut déplacer la préparation sans crainte de le perdre. Il y a un contraste frappant entre ce champignon et le trichophyton de la peau. Avec le trichophyton provenant des raclures de l'*herpès circiné* on ne voit jamais beaucoup de choses, quelques filaments mycéliens et de rares spores et c'est tout. Avec la squame du tokelau on ne voit rien ou bien l'on voit beaucoup à la fois. On constate que la zone examinée est bourrée de produits parasitaires; quand on ne voit rien, c'est qu'on n'est pas au point, ou bien, chose très rare, c'est que la squame est, pour le moment du moins, vierge de parasite.

Le docteur Turner, qui était convaincu de la nature parasitaire de la maladie, avoue avoir cherché en vain le parasite.

L'examen d'une squame permet bien de constater l'existence d'un organisme étranger à la peau, que cet organisme forme un réseau et les travées de ce réseau sont constatées par des filaments composés d'articles très courts ; mais pour étudier la trame formée par le champignon, on est très gêné par une autre trame dessinée par les lignes inter-cellulaires de l'épiderme, de sorte que la première fois qu'on procède à cet examen, on se demande si cette dernière ne représente pas le mycelium du champignon, le vrai parasite que l'on aperçoit n'en étant que les filaments sporifères (fig. 1).

L'examen des squames ne permet pas de colorer à part le champignon et d'en étudier l'ensemble. En dehors de l'existence évidente d'un organisme étranger, la seule notion importante que peut fournir cet examen est la suivante : en plongeant dans la squame, on peut voir alterner les cellules épidermiques et les filaments parasites, ce qui prouve que ces filaments peuvent non seulement pousser sur un plan, mais pénétrer entre les cellules de l'épiderme.

Le docteur Tilbury Fox, qui étudia le parasite *in situ*, c'est-à-dire dans les squames, a donné en 1874 un dessin dans lequel, outre le champignon, il a tracé les contours des cellules épidermiques formant le substratum, mais ce n'est pas le parasite du tokelau qu'a représenté le docteur Fox.

Par contre, le dessin qu'en a donné plus tard le docteur Mansen (1883) est parfait. Cependant son dessin serait absolument insuffisant pour donner une idée de toute la vie de ce parasite ; il le représente en effet à l'instant de son évolution ultime, c'est-à-dire au moment où les articles courts transformés en spores vont s'égrener.

Pour saisir son évolution, pour voir autre chose que ces chapelets de spores, il faut l'étudier isolé, et alors, sur quelques points, on trouve des articles longs formant de vrais filaments.

Le champignon isolé. — Pour isoler le champignon du tokelau, M. Bonnafy s'est servi de la technique de son maître M. Ranvier.

Le serum iodé de Schultze et, consécutivement, l'action des aiguilles ou l'agitation ne lui ont rien donné de bon.

Et il en a conclu que l'adhérence du champignon aux cellules épidermiques était bien supérieure à l'adhérence des articles entre eux. Voyant cela,

il a cherché à détruire un des deux éléments, c'est-à-dire le tissu épithélial, et voici le procédé facile dont il s'est servi.

Il a versé dans un tube à essai, rempli au tiers, une solution de soude dont le titre peut varier de 1 p. 100 à 5 p. 100. La solution 2 p. 100 est celle qui convient le mieux.

Dans ce tube il a laissé tomber des squames de tokelau. Ces squames surnagent d'abord, puis elles tombent au fond. Il faut laisser les choses en état pendant deux jours en moyenne.

On décante alors la solution de soude, et on la remplace par de l'eau distillée. On répète plusieurs fois cette manœuvre, afin d'éviter les dépôts cristallins dans les préparations.

Enfin, laissant le tube à moitié rempli d'eau distillée, on met le pouce sur l'ouverture et on secoue vigoureusement. En très peu de temps on voit les squames se dissocier et disparaître.

Les cellules épidermiques qui étaient irrégulières, aplaties, opaques, se gonflent, deviennent transparentes et s'arrondissent; elles prennent la forme sphérique et ne paraissent se toucher que tangentiellement. On n'en voit que les contours; elles prennent très peu les matières colorantes. Or, comme le champignon n'est nullement modifié et prend très énergiquement les couleurs, il en résulte que, sans même atteindre la destruction complète des cellules, on pourrait dès cet instant étudier avec fruit les squames. Mais on peut faire mieux encore, et n'obtenir dans une préparation que le champignon.

En effet, au bout de 48 heures, l'action de la solution sodique a mis les cellules dans des conditions telles qu'à la moindre agitation, ces cellules fondent comme un morceau de sucre; il reste la trame du champignon, et, si l'agitation est assez forte, la masse parasitaire se fragmente elle-même en menus flocons admirablement disposés pour l'observation microscopique.

On cueille ces flocons avec une pipette, soit au fond du tube, soit dans le milieu du liquide après agitation, ce qui est préférable.

Les flocons sont montés soit dans la glycérine, soit dans le baume du Canada après avoir laissé sécher tout simplement la préparation à l'air.

Coloration du champignon. — Le parasite isolé par le procédé de la soude prend très bien toutes les couleurs. D'une manière générale, pourtant, les solutions colorantes à réaction alcaline sont préférables, parmi ces dernières, le violet de gentiane aniliné.

Voici comment M. Bonnafy procède:

On décante avec précaution la plus grande quantité possible du liquide du tube, on y laisse tomber quelques gouttes de violet de gentiane: quand on juge que la coloration est suffisante, on remplit d'eau le tube, on agite, et on cueille les flocons, qui, étant très visibles sur un fond blanc, peuvent être choisis. Le champignon ainsi coloré est déposé sur la lame de verre et prêt à être monté dans du baume de Canada.

Aspect du champignon isolé. — Le champignon se présente tel qu'il est dessiné dans la figure (2). Ce sont des filaments, portant des ramifications de même calibre, constitués par une série de petits articles courts presque aussi larges que longs. Ces articles se trahissent par des masses de protoplasma qui prennent très fortement les couleurs et présentent un contour

géométrique, de telle sorte que la projection de ces masses protoplasmiques donne l'apparence d'un carré ou d'un rectangle s'éloignant très peu du carré.

Les cloisons qui séparent les protoplasmas successifs ne donnent aucun indice de séparation des articles qui se touchent.

Tel est l'aspect que présente le champignon dans la plus grande partie d'une préparalion ; mais, si on se donne la peine de chercher, il est toujours possible de découvrir d'autres détails qui permettent de reconstituer l'évo lution probable de ce champignon.

Ainsi, on rencontre sans trop de difficulté, des points où, comme dans la figure 4, on voit l'enveloppe du filament présenter vis-à-vis d'une masse

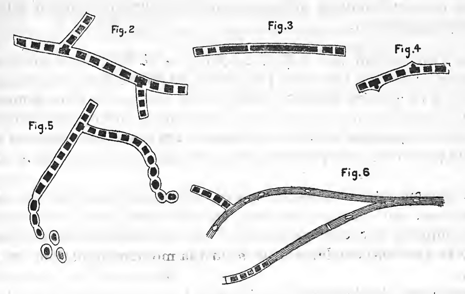


Fig. 2, 3, 4, 5, 6. — (Grossissement 330, d'après dessins à la chambre claire.) Différents aspects sous lesquels se présente le champignon du tokelau.

protoplasmique, comme une espèce de rostre plus ou moins accusé. Ces bourgeons sont évidemment des commencements de ramifications.

On peut encore trouver, après une longue succession d'articles courts ordinaires, des articles beaucoup plus longs dans lesquels le protoplasma forme une longue traînée comme dans la figure 3.

Enfin il y a des zones des préparations où on surprend la formation et l'égrenage des spores, c'est ce que représente la figure 5. On y voit tous les passages entre les articles courts et les spores libres.

Il existe aussi un aspect très rare qu'il faut chercher longtemps en général pour trouver. C'est celui que représente la figure 6. C'est un filament bifurqué ne présentant qu'une cloison. Le protoplasma a pris la couleur (violet de gentiane aniliné) à un degré très faible comparativement à ce qui se passe pour les articles courts ; de plus ce protoplasma a l'air d'occuper toute la cavité du tube ; enfin il présente par place des vacuoles reconnaissables à ce qu'elles sont restées incolores. Le fait le plus curieux c'est qu'une des deux grandes ramifications, ainsi qu'un rameau de l'autre ramification principale présentent brusquement des articles courts sans passer par les articles allongés de la figure 3.

Dans la figure 6, on voit donc sur deux points les filaments proprement dits se continuer par des segments qui représentent exactement le tokelau

tel qu'on le connaît, ce qui interdit de prendre le filament qui le soutient pour une impureté. Les différentes parties de la figure appartiennent donc au même organisme, et les parties filamenteuses représentent bien une manière d'être du champignon du tokelau.

De cet exposé M. Bonnafy conclut que :

Le champignon commence son évolution par de longs filaments pourvus de très rares cloisons. Ces filaments restent tels un temps très court, puisqu'ils sont extrêmement rares dans les préparations.

Les filaments se transforment rapidement par cloisonnement en séries d'articles courts ; c'est là l'état le plus fixe, puisque c'est sous cet aspect que se présente généralement le champignon.

Enfin, comme évolution ultime, ces articles courts deviennent autant de spores qui s'égrènent.

Culture du parasite sur milieux artificiels. — M. Bonnafy a fait des tentatives de culture qui n'ont pas réussi, ce qui tient suivant toutes probabilités à ce que les squames dont il s'est servi pour l'ensemencement étaient trop vieilles, lui arrivant en moyenne deux mois après leur récolte ; nous allons cependant exposer brièvement ses essais qui pourront servir de jalon pour ceux qui voudront continuer des recherches sur le même sujet.

Il a commencé par ensemencer sur des milieux solides (gélatine, gélose) et n'a obtenu que des moisissures très vulgaires. Puis il a continué sur milieux liquides et a donné naissance à une quantité énorme de champignons. Il y a reconnu les genres *aspergillus*, *penecillium*, *mucor*, *chœmotum*.

Il a alors cherché l'organisme qui poussait le plus souvent et a cherché le milieu qui convenait à cet organisme. Dans quelque voie qu'il se soit engagé, il n'a obtenu aucun résultat parce qu'il n'est jamais arrivé à transplanter le champignon visé sur la peau d'un animal.

Ses essais infructueux de culture lui ont toutefois suggéré les réflexions suivantes :

Comparé aux autres champignons parasites de la peau humaine, le champignon du tokelau est remarquable par son abondance et sa ténacité ; c'est donc un organisme robuste, et tout porte à croire que sa culture ne présenterait aucune difficulté sérieuse, si on opérait dans de bonnes conditions.

Ses squames contiennent-elles réellement des spores ? Sur ce point le doute est possible. Il est vrai qu'à un moment donné les filaments mycéliens s'égrènent en petits articles a contours adoucis, que Bonnafy a décrits comme des spores, forcé par une analogie au moins apparente, d'employer les termes usités en pareil cas ; mais, si on les compare à d'autres spores indiscutables, par exemple, aux spores si nettes du trichophyton, on sent que ce n'est pas, comme netteté et comme uniformité, la même chose. Dans l'hypothèse que ces petits articles désunis ne sont pas des spores, que peuvent-ils donc être? Le travail de M. Verjuski sur le trichophyton, exécuté dans le laboratoire de M. Duclaux à l'Institut Pasteur, permet d'entrevoir une interprétation de cette fragmentation des filaments du parasite. Dans les très vieilles cultures du trichophyton. M. Verjuski a

vu les filaments aériens se désagréger en cellules arrondies; il est fort possible que sur la peau, qui est un milieu pauvre, le champignon du tokelau ne donne pas de vraies spores et que la fragmentation des filaments, à un moment donné, ne soit qu'un mode de désagrégation par laquelle se termine la vie des filaments.

Les vraies spores n'existant pas, ce que l'on peut semer c'est du mycelium, et dans ce cas, le champignon pris sur l'homme se reproduirait, dans un milieu de culture, exactement comme le vulgaire champignon de couche (Agaricus campestris), c'est-à-dire par mycelium.

Si le champignon végétant sur la peau humaine ne fournit pas de spores, qui, dans les cryptogames, constituent la garantie de propagation de l'espèce, si la semence cueillie sur l'homme ne consiste qu'en un lambeau de mycelium, on conçoit très bien que ce mycelium relativement fragile ne soit susceptible de végéter, que dans des limites de temps fort restreintes.

La première difficulté de culture à distance peut donc consister dans ce fait que le mycelium cueilli sur la peau ne conserve que fort peu de temps la faculté végétative.

La seconde est que le raclage amène en même temps que le champignon les moisissures les plus variées qui elles, très vivaces, étouffent le vrai parasite.

Pour réussir la culture, il faudrait opérer sur les lieux, c'est-à-dire avoir sous la main un malade porte-semence.

Et dans ces conditions qui sait si on ne trouverait pas le parasite identique à quelque champignon saprophyte, vivant dans ces îles de l'Océanie où règne la maladie appelée tokelau?

Traitement du tokelau. — Les médecins de l'hôpital et du dépôt d'indigènes établis à Suva, la capitale des Fidji, emploient les fumigations sulfureuses.

Souvent il faut une vingtaine de fumigations, ce qui fait, avec les intervalles nécessaires, un traitement de deux mois.

Sûrement les malades sont décapés, mais sont-ils guéris?

Le docteur Corney, qui dirige le service médical des Fidji depuis de longues années, dit avoir pu ainsi guérir des cas de tokelau généralisé; le fait est donc possible, mais il n'en est pas moins évident, et c'est là une impression fortement sentie par le visiteur, que le tokelau est une maladie extraordinairement tenace quand elle a envahi tout le corps.

M. Bonnafy en Nouvelle-Calédonie rencontra trois cas de tokelau, et institua le traitement suivant:

1° Bain chaud avec friction au savon noir.

2° Décapage de la peau en frottant avec de la pierre ponce.

3° Bain au sublimé (20 grammes pour un bain ordinaire).

Deux des malades furent ainsi complètement guéris en quatre séances. La lèpre chez le troisième détermina des ulcérations qui ne permirent pas de se prononcer sur la guérison.

Il peut même très bien se faire que la guérison s'obtienne avec un nombre moindre de séances. La pratique seule pourra fixer sur le minimum de ces séances.

Le traitement appliqué par M. Bonnafy consiste en moyens et agents

très connus ; la seule chose qui le caractérise c'est la méthode et l'ordre progressif suivi pour donner toute son efficacité à l'action parasiticide du sublimé.

Tels sont les principales particularités de cette curieuse affection cantonnée pour le moment dans une partie de l'Océanie partagée à peu près en deux parties égales par l'équateur et s'étendant depuis Sumatra jusqu'aux Wallis, et des Philippines et des Mariannes jusqu'au nord de l'Australie.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES DES PAYS DE LANGUE FRANÇISE (1)

(IVe session tenue à La Rochelle, du 1er au 6 août 1893.)

Le pécule des aliénés. — M. DROUINEAU soumet ensuite au Congrès les résultats de recherches comparatives sur le produit du *travail des aliénés* dans tous les asiles publics de France, d'après les documents du Ministère de l'Intérieur. D'après ces recherches, un seul asile équilibrerait exactement les frais causés par l'emploi des malades par les bénéfices ainsi obtenus. Vingt-et-un établissements seraient en perte à ce point de vue et vingt autres, en revanche, en bénéfice. La perte serait en moyenne, pour les premiers, de 1,06 différence en moins, et le gain pour les autres de 1,36 différence en plus.

Sur deux cas d'obsessions et d'impulsions à forme continue. —M. ROUBINOVITCH rapporte deux observations qui prouvent qu'à côté de la forme paroxystique des obsessions et impulsions qui est la plus fréquente et qui a surtout attiré l'attention des aliénistes, il en existe une autre dans laquelle le caractère paroxystique manque complètement et où l'individu est obsédé à l'état pour ainsi dire permanent.

Pathogénie du délire alcoolique. — M. KLIPPEL a remarqué que dans toutes les formes de délire alcoolique on trouve toujours des lésions cérébrales dégénératives qui sont les mêmes, sur lesquelles viennent se greffer d'autres lésions accessoires qui donneront au délire sa forme et son aspect particuliers. Les premières sont causées par l'alcool, et créent une susceptibilité spéciale, une sorte d'état de réceptivité ; mais ne peuvent, à elles seules, produire le délire.

Dans le delirium tremens, on trouve, comme lésions surajoutées, une inflammation des méninges. On observe aussi de l'auto-intoxication et de graves lésions hépatiques. Le délire qui se manifeste sous forme d'hallucinations survient à la suite d'une auto-intoxication également et reconnaît pour cause une congestion partielle des méninges. On y trouve aussi des lésions du foie. La paralysie générale des alcooliques semble aussi le résultat d'une infection secondaire chronique. Quant à la démence alcoolique, elle résulte de lésions dégénératives des cellules et des fibres corticales.

Goitre et aliénation mentale. — D'après M. RAMADIER, le goître, assez commun dans le département de l'Aveyron, serait plus fréquent encore chez les aliénés que chez les autres habitants.

Son influence dégénérative se manifeste sur une partie de la population en affectant les formes de surdi-mutité, de crétinisme et de folie. Sur le fonds de dégénérescence mentale des aliénés, imbéciles ou idiots, vient se greffer une forme de délire analogue à celle du goître. Presque aucun autre facteur ne peut d'ailleurs être mis en cause.

Persécuteur migrateur. — M. MARIE lit en son nom, et au nom de M. IRIÈSE (de Mayenne), l'observation d'un *persécuteur migrateur* ; inquiet d'abord, puis, franchement

(1) Voir les numéros des 9, 12 et 14 septembre 1893.

persécuté, il fuit jusqu'à Chicago ses ennemis; ruiné par la faillite d'un notaire qui meurt, ce malade évolue en quelque sorte et se transforme en persécuteur chargé d'une mission vengeresse; il poursuit maintenant le notaire à la mort duquel il ne peut croire, et vagabonde ainsi de longues années à travers la France, non plus fuyant et craintif, mais agressif et cherchant à tuer, à défaut de sa victime insaisissable, les parents et surtout la veuve. Arrêté pour tentative d'homicide sur cette dernière, i simule la folie d'une façon grotesque; mais, sa simulation déjouée, il est reconnu néanmoins pour un véritable aliéné et interné.

La colonie familiale de Dun-sur-Auron. — M. Marie. Le nombre des malades reçus à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) pendant le premier semestre de 1893 a été de 82. La mortalité a été de 0; les réintégrations de 9.

Cette population a fourni 8,812 journées, dont 7,993 chez les nourriciers et 221 à l'infirmerie. La somme payée aux nourriciers a été de 9,415 fr. 40, ce qui porte le prix de revient de la journée à 1 fr. 145.

Persecutés auto-accusateurs et persecutés possédés. — MM. J. Séglas et G. Brouardel présentent plusieurs observations de persécutés. La première se rapporte à une femme qui est, en même temps, auto-accusatrice (M. Ballet, au congrès de Blois, a rapporté plusieurs faits analogues). D'autres, chez lesquelles la maladie évolue, ainsi que le disait l'un des malades, comme « une obsession qui devient une possession. »

Le travail de MM. Séglas et Brouardel se termine par les conclusions suivantes :

Certains aliénés persécutés, et nullement mélancoliques, peuvent cependant être auto-accusateurs et présentent des idées de persécution analogues à celles des mélancoliques, constituant un groupe mixte, transition entre ces deux modalités délirantes.

Si, d'autre part, parmi les persécutés, il en est dont la maladie ne représente qu'un vice de développement intellectuel, qu'une évolution anormale de la personnalité toujours dans le même sens, il en est d'autres chez lesquels la maladie se traduit par une dissociation assez rapide, parfois d'emblée, et toujours très accentuée, de la personnalité. Cette dissociation de la personnalité se trouve en rapport avec un certain nombre desymptômes, qui prennent alors un grand développement et dirigent même la scène délirante. Ce sont, d'une façon générale, les troubles psychomoteurs (hallucinations motrices, impulsions, aboulie, phénomènes d'arrêt). Aussi, en les enregistrant à ce point de vue, par opposition aux persécutés hallucinés sensoriels et aux persécutés raisonnants, l'un de nous avait proposé de ranger ces cas sous le nom de *variété psychomotrice* du délire des persécutions. On peut arriver à rencontrer des cas ou le malade en arrive à formuler un délire de négation systématisé.

Ces malades, étudiés autrefois sous la dénomination de délirants mystiques ou de possédés, se distinguent des mélancoliques possédés ou négateurs et rentrent dans le cadre des délirants systématiques primitifs dont ils ne constituent incontestablement qu'une variété. Néanmoins il nous semble qu'il y aurait intérêt à leur faire une petite place dans ce grand groupe, car la division la plus habituelle en France, en délirants chroniques et en délirants dégénérés, est vraiment bien sommaire; parmi ces derniers surtout se rangent de nombreux cas très disparates, parmi lesquels il serait certainement utile à tous points de vue d'établir un classement.

Le prochain congrès des médecins aliénistes et neurologistes se réunira l'année prochaine à Clermont-Ferrand et sera présidé par le professeur Pierret (de Lyon).

Des trois questions mises à l'ordre du jour, la première sera une question de psychiatrie; la seconde une question de neurologie; la troisième une question de médecine légale ou d'administration.

Le sujet de ces questions n'a pas encore été décidé.

COURRIER

Association syndicale des médecins de la Seine (liste des desiderata des médecins des bureaux de bienfaisance). — La délégation envoyée au ministère de l'intérieur par l'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine a l'honneur de vous inviter à l'assemblée plénière des médecins des bureaux de bienfaisance, qui sera tenue le mercredi 20 septembre (8 heures 1/2 du soir, Ecole de médecine, salle des Actes).

La délégation, après avoir rendu compte de son audience au ministère de l'intérieur, demandera à l'Assembléo plénière d'approuver ou de modifier la liste des *desiderata* attendue par M. Monod, directeur de l'hygiène et de l'Assistance publiques et que le docteur Gourichon a bien voulu rédiger.

Voici ces *desiderata* :

1° Représentation du corps médical des bureaux de bienfaisance avec voix délibérative pour un médecin du cadre actif,

a) au Conseil supérieur de l'Assistance publique ;

b) au Conseil de surveillance de l'Assistance publique de la ville de Paris,

Et aux Commissions administratives proposées par M. Fleury-Ravarin, soit :

c) à la Commission centrale d'assistance ;

d) au Bureau d'assistance.

2° Assistance médicale *exclusivement* réservée aux indigents et aux nécessiteux.

3° Mode de recrutement des médecins : maintien du concours.

4° Durée des fonctions : égale à celle des des médecins des hôpitaux.

5° Mode de rémunération des médecins : maintien de l'indemnité fixe, égale pour tous les médecins du même arrondissement, proportionnelle au nombre d'indigents et de nécessiteux de chaque arrondissement ; taux de l'indemnité relevé.

Si l'indemnité fixe n'est pas maintenue, paiement à la visite avec rémunération honorable.

6° Augmentation du nombre des médecins des bureaux de bienfaisance dans les arrondissements où le service est le plus chargé.

7° Faculté pour le médecin de changer d'arrondissement sans subir un nouveau concours.

8° Création de médecins suppléants.

9° Maintien du *statu quo* en ce qui concerne le service des consultations.

10° Suppression du contrôle pour tout ce qui concerne l'exercice de la profession et la direction du traitement.

11° Plus d'égards et de considération de la part de l'administration pour les médecins des bureaux de bienfaisance. Demande de distinctions honorifiques.

12° Egalité au point de vue des médicaments entre les malades des bureaux de bienfaisance et ceux des hôpitaux.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.



Sommaire

BULLETIN

A l'Académie de médecine, il n'y aura pas ce soir de lecture du procès-verbal et le président sera peut-être obligé de lever la séance à cause de l'absence d'orateurs inscrits. C'est du moins ce qui s'est passé mardi dernier et nous devons dire que dans toute la presse médicale, la stupéfaction a été profonde. On sentait pourtant depuis deux ou trois semaines le vide se faire à la tribune et sur les bancs de la savante société; mais on était loin de prévoir que rien ne serait inscrit à l'ordre du jour et c'est la première fois, à notre connaissance, qu'un pareil fait se produit.

De là à écrire que l'Académie devrait prendre des vacances, que ces séances sans intérêt devant un amphithéâtre vide étaient indignes d'elle, il n'y avait qu'un pas à faire. Il a été fait par plusieurs journaux qui proposent notamment de suspendre le cours des travaux pendant le mois de septembre.

Mais l'Académie a-t-elle le droit comme la société de chirurgie, comme la société médicale des hôpitaux, etc... de s'attribuer des vacances? Sans pouvoir affirmer notre dire, nous pensons pourtant qu'elle ne peut être comparée à ces sociétés particulières. Elle ressort il nous semble du pouvoir gouvernemental. Un ministre peut, à un moment quelconque, lui demander un avis sur une question d'hygiène ou d'épidémiologie et elle doit y répondre et si nous prenons des points de comparaison, nous voyons le comité consultatif d'Hygiène publique de la France, le conseil d'Hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, tenir leurs assises toute l'année, et enfin, sous la coupole aucune des académies ne chôme, si nous sommes bien renseigné.

On s'est aussi demandé pourquoi cette absence de communications? C'est cette époque que les candidats futurs choisissent d'ordinaire pour lire leurs travaux. Ils sont, de cette façon certains, de ne pas attendre et comme c'est le rapport fait sur leurs écrits qui a le plus d'importance, ils ne se formalisent pas et avec raison, du plus ou moins grand nombre d'académiciens qui peuvent écouter leur lecture. Cette année les mémoires sont-ils moins nombreux ou ont-ils trouvé leur place pendant la période active de la session c'est ce qu'il nous serait difficile de dire; mais ce qu'on peut constater, c'est qu'il y a là peut-être un indice de la moins grande activité des travaux académiques et sans pousser le *caveant consules*, sans discuter la possibilité de créer une période de vacances réglementaires, nous ne pouvons que faire des vœux pour voir l'ordre du jour être le plus chargé possible.

La *Gazette médicale de Liège* sous ce titre **La pratique des professeurs** publie un article dans lequel, avec beaucoup de modération du reste, elle

s'élève contre la clientèle des professeurs des Facultés de médecine. Elle reprend cette question si délicate et en étudie les différents points par année. Elle arrive à cette conclusion que les titulaires des chaires feraient bien mieux leur cours, si, débarrassés des soucis de la pratique civile ils se livraient au seul enseignement. Il est bien entendu qu'en échange du sacrifice fait, ils toucheraient des appointements en rapport avec la dignité de leur situation.

Nous n'avons pas la prétention de prendre parti dans le débat, mais nous ferons observer à la *Gazette Belge*, qu'il est bien difficile à un professeur de clinique de ne pas mettre sa science à la disposition du grand public et de priver celui-ci des lumières d'un homme dont le titre appelle immédiatement l'attention. Nous savons bien qu'à cela l'auteur de l'article répond qu'il serait permis à ce professeur d'intervenir, mais seulement à titre de consultant, c'est-à-dire en compagnie d'un médecin traitant. Eh bien, que se passe-t-il en général pour presque tous les titulaires des chaires de clinique, du moins dans la capitale? Ce que réclame notre confrère belge. Il est bien rare qu'un professeur voie un malade sans avoir été appelé par un confrère ou un ancien élève, si ce n'est dans son cabinet de consultation et là encore, bien souvent, le client est, ou accompagné d'un médecin ou adressé par lui. Aussi, ne pouvons-nous nous ranger à l'avis de la *Gazette médicale de Liège,* qui demande que « dorénavant le gouvernement interdise toujours la pratique générale de la médecine à ses professeurs fonctionnaires et qu'il les autorise seulement à intervenir auprès des malades à titre de consultants. »

Si on veut faire des réformes, il faut, il nous semble chercher ailleurs et s'efforcer d'intéresser à l'enseignement le professeur comme l'élève.

HYGIÈNE

BULLETIN SANITAIRE

La situation sanitaire de l'Europe ne s'est pas sensiblement modifiée pendant la dernière quinzaine. Le choléra règne toujours en Italie dans les même localités, mais il ne s'y aggrave pas. La mortalité a même diminué à Naples; on n'y enregistre plus que quatre à cinq décès par jour au lieu de neuf à dix que nous signalait notre dernière revue. A Rome, à la date du 6 septembre, on se croyait débarrassé de l'épidémie. Tous les malades récueillis au lazaret de Sainte-Sabine venaient d'être congédiés. Depuis, on a signalé un ou deux cas suspects. Les décès sont encore assez nombreux à Palerme et le choléra a éclaté le 12 septembre à Livourne : 27 cas et 7 décès y ont été constatés depuis.

L'aggravation que nous signalions il y a quinze jours en Russie a continué. Le nombre des décès en juillet et en août s'est élevé à plus de 4,000.

La situation n'a pas changé en Hongrie, en Roumanie, en Hollande, ni en Allemagne. Toujours quelques cas dans les mêmes villes, sans extension notable. En revanche, on considère l'épidémie comme terminée en Belgique.

Il s'est produit, en Angleterre, une petite épidémie à Grum's by ; il y avait eu, à la date du 13 septembre, 75 cas confirmés. On en cite dans une ou deux autres localité. La Chambre des communes a été désinfectée.

Malgré les quarantaines et les précautions exagérées prises par l'empire Ottoman pour se garantir du choléra, il n'en a pas moins éclaté à Constantinople, à la fin d'août, dans le faubourg israélite de Kaskeug. On a cerné la maison avec un cordon sanitaire ; cinq médecins s'y sont enfermés avec le malade, mais ils n'ont pas pu empêcher le choléra d'en sortir et il a pénétré dans la prison centrale, dans les hôpitaux de Péra et dans l'asile d'aliénés de Scutari. Il y a de 20 à 30 cas par jour et de 5 à 6 décès. Le docteur Chantemesse est parti pour Constantinople, le 13, à la demande du sultan.

La mortalité augmente à Smyrne d'une façon alarmante. Les habitants les plus aisés de la ville émigrent et le commerce subit des dommages considérables. L'épidémie paraît terminée au Sénégal. Il n'y a eu aucun décès depuis le 22 août.

Nous ne sommes pas aussi favorisés. Le choléra règne encore aux deux extrémités de la France, dans les Pyrénées-Orientales et en Bretagne. Il sévit à Prades depuis cinq semaines : 71 décès, dont quelques-uns foudroyants, avaient été constatés à la date du 8 septembre. Des médecins de Montpellier sont venus sur les lieux et le ministre de l'intérieur va y envoyer un délégué. La population riche a quitté la ville. Le fléau persiste également dans une petite localité de l'Ariège. Eycherboul, hameau de 250 habitants, a compté 8 décès.

La situation est autrement grave en Bretagne. A Nantes, la mortalité qui s'est élevée à 10 décès par jour commence à décroître. M. Chantemesse, dont nous annoncions le départ, dans notre dernière revue, est revenu et a rendu compte de sa mission au Comité consultatif d'hygiène publique. Il attribue la propagation de la maladie à l'eau de la Loire qui alimente la ville et qui est souillée par les égouts qui y débordent. A la date du 2 septembre, le ministre de l'intérieur a avisé son collègue des affaires étrangères que, conformément à la conférence sanitaire de Dresde, il convenait de notifier l'existence d'un foyer cholérique à Nantes. Ce foyer est cependant loin d'avoir l'importance de celui qui s'est formé dans le Finistère. L'épidémie de Molènes paraît toucher à sa fin. Le dernier décès est du 4 septembre. Les chiffres officiels nous sont parvenus. Sur une population de 500 habitants environ, il y a eu 110 cas et 46 décès (9 pour 100). La petite île de Trielen, un rocher, est habitée par une famille qui s'est établie là pour l'exploitation des varechs. Il y avait 22 personnes dans l'île, il en est mort 14. On les a enterrées dans le sable, sans cercueil, parce qu'il n'y avait pas de bois pour en faire.

Le petit port de Camaret, du 17 août au 12 septembre a compté 55 malades et 28 décès ; depuis le 8, les cas nouveaux sont un peu moins nombreux ; il y a eu 4 décès au Faou ; un ancien médecin de la marine, le docteur Guittel, âgé de 78 ans, et sa femme y ont été enlevés en trente-six heures.

Aux environs de Brest, le bourg de Saint-Pierre-Quilbignon et le hameau de Kerinou sont particulièrement éprouvés. On compte à Saint-Pierre de 10 à 12 décès par jour et 8 ou 10 à Kerinou. Dans cette petite localité le seul

puits qui fournisse de l'eau aux habitants est au confluent de trois ruisseaux infects. On l'a fermé il y a quelques jours. Il y a également eu quelques décès au Conquet.

A Brest même, les cas sont rares. L'hôpital maritime a reçu en tout, une soixantaine de cholériques ; mais il n'y a pas eu de décès depuis quinze jours. En présence de cette situation sanitaire, le ministre de la marine a décidé que les réservistes des troupes de son département (artillerie et infanterie) de la 2e et de la 3e circonscription, qui devaient être dirigés sur Brest pour la période d'exercices de 28 jours, ne seront pas convoqués cette année. Pour le même motif, les manœuvres d'automne de la 2e brigade d'infanterie de marine n'auront pas lieu.

Dans le compte rendu de la dernière séance du Comité consultatif d'hygiène, j'ai vu que l'administration avait envoyé dans le Finistère, un interne des hôpitaux, M. Martin Durr. Je me suis demandé ce que ce jeune homme, qui n'est même pas docteur, allait faire là-bas. Je ne suppose pas qu'il y soit envoyé pour porter des lumières, car il va trouver, dans notre grand arsenal maritime, le Conseil de santé, présidé par un directeur, composé de médecins en chef et de médecins principaux, vieillis au milieu des épidémies et qui n'ont plus rien à apprendre de personne. Dans les petites localités envahies, il rencontrera des médecins de 1re classe qui y ont été envoyés dès le début par le ministre et qui y ont pris toutes les mesures sanitaires compatibles avec le pays. Je pense que M. Martin Durr est envoyé là pour s'instruire et, en effet, il y sera à très bonne école.

REVUE DE L'HYGIÈNE

Désinfectants. — La désinfection des locaux et la purification des eaux potables sont les sujets à l'ordre du jour comme par le passé. Dans les articles que nous avons consacrés à ce sujet, nous avons mis en tête des désinfectants pratiques, la solution de sublimé au millième et relégué les chlorures au dernier rang. MM. Chamberland et Fernbach protestent contre cette appréciation. Il résulte des expériences très suivies auxquelles ils se sont livrés que la solution de chlorure de chaux à un dixième, que l'eau de Javel du commerce, que l'eau oxygénée sont supérieures à la solution de sublimé au millième, surtout lorsqu'elles sont portées à la température de 40 et 50 degrés ou même plus haut. Quelque soit le désinfectant employé, il faut pour qu'il ait toute son action qu'il arrive au contact des germes à la plus haute température possible et que ces germes soient humides. Tous les hygiénistes sont d'accord sur ce point. Les essais que MM. Chamberland et Fernbach ont fait avec le thymol, le lisol, l'essence de térébenthine leur ont prouvé qu'on ne pouvait pas compter sur leur action désinfectante. (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° du 6 juin 1893).

Le docteur Green (de Hanovre) a soumis à des expériences comparatives les différents sels solubles de cuivre pour déterminer leur valeur désinfectante et il a reconnu qu'ils se rangeaient dans l'ordre suivant : *chlorure, acétate, nitrate, sulfate, sulfo-phénate de cuivre, sulfate ammoniacal, cuivre aluminé*. Le chlorure de zinc tue les *vibrions du choléra* dans le bouillon de culture, en une heure, à 5 p. 100, en deux heures, à 2,50 p. 100, les *bacilles typhiques* dans le même temps aux mêmes doses ; le *staphylocoque doré* en trois heures à 5 p. 100, en cinq heures à 2,50 p. 100 ; les *bacilles charbonneux* sans spores en

cinq minutes à 5 p. 100, en trente minutes à 2,5 p. 100, les *spores charbonneuses* en *vingt-sept jours*. Le chlorure de cuivre est donc un assez bon désinfectant, il convient surtout pour les fosses d'aisances et les vases de nuit. (*Zeitsch für Hygiene und Infections krankheiten* XIII.)

M. Rigler s'est attaché de son côté à constater quelle était la valeur désinfectante des vapeurs d'ammoniaque. Il a reconnu que, dans une chambre remplie de ces vapeurs, les *bacilles du choléra* étaient tués après un séjour de deux heures; les *bacilles typhoïdes* dans le même temps, les *bactéridies charbonneuses* en trois heures, les *microbes de la diphtérie* en quatre heures. (Centralbatt für Bakteriologie.)

Pour terminer ce qui a trait à la désinfection, rappelons que lors de l'épidémie cholérique de 1892, le gouvernement roumain a poussé la prudence jusqu'à ordonner la désinfection des billets de banque provenant des pays contaminés. Ceux de Russie, d'Allemagne, de France et de Serbie sont sortis intacts d'une solution phéniquée à 10 p. 100, tandis que ceux de l'Autriche et de l'Italie ont été complètement détériorés et détruits à l'état de chiffon sans valeur par une simple solution à 6 pour 100. (*Revue scientifique*, du 26 courant 1893, p. 282.)

Abus du sport chez les jeunes sujets. — On commence à réagir quelque peu contre le *sport* dans le monde de l'hygiène.

Nous avons raconté dans de précédents articles (1), les phases par lesquelles a passé cette question si intéressante pour l'éducation, les luttes qu'il a fallu subir pour réhabiliter les jeux et les exercices de corps et comment ce retour à l'activité physique avait conduit aux différents genres de *sport* et à leurs excentricités.

Cet abus ne nous fait pas regretter la campagne à laquelle nous nous sommes associés de tout notre pouvoir; mais il faudrait être déraisonnable pour en nier les conséquences. Au congrès de Paris déjà, M. Frédéric Passy avait dit très spirituellement, qu'on fait aujourd'hui des forts en biceps comme autrefois des forts en thème ; au congrès de Besançon (2) le docteur Legendre est allé plus loin et, dans une communication d'un haut intérêt, il a signalé les dangers que présente l'abus des exercices sportifs pendant la croissance.

Il a eu l'occasion d'observer des cas de NEURASTHÉNIE chez des enfants trop passionnés pour ces exercices. Dans d'autres cas, il a constaté des troubles cardiaques sérieux, chez des jeunes sujets qui, pour triompher dans une course, sont venus s'abattre anhelants et fourbus au poteau d'arrivée. Ces troubles cardiaques sont surtout à redouter à l'époque de la croissance. Ils sont frappants par leur intensité et la brusquerie de leur apparition. Les plus communs sont des accès de palpitations dus à une dilatation des cavités droites, asystolie aiguë, passagère, mais inquiétante par sa violence. M. Legendre en a observé deux cas chez des enfants de onze à quinze ans, à la suite d'une course à pied.

Il peut se produire, dans les mêmes circonstances, une tuméfaction avec engourdissement des pieds et des mollets et de l'œdème malléolaire, chez les jeunes sujets porteurs de varices précoces. L'auteur a vu survenir, dans les mêmes conditions, un cas de melæna, un autre d'hématome sous-cutané; il signale enfin la dyspepsie du surmenage, la céphalée et la tendance à la cyphose cervico-dorsale, signalée chez les vélocipédistes par les médecins anglais, et dont nous avons parlé dans une de nos précédentes revues (3).

(1) *Union médicale* du 20 mai, 4 et 18 juillet 1893.
(2) Association française pour l'avancement des sciences, 22e session, congrès de Besançon ouvert le 3 août 1893.
(3) *Union médicale*, du 22 août 1893, p. 247.

Ces accidents, hâtons-nous de le dire, sont extrêmement rares, si l'on tient compte du nombre considérable de jeunes gens qui se livrent aujourd'hui, avec la passion de leur âge, aux exercices qu'ils ont si longtemps dédaignés. Ils sont dus, non aux exercices en eux-mêmes, mais à la concurrence, à la lutte, au désir de triompher qui fait tout oublier, à cet âge de la vie. On n'a rien à craindre de semblable, avec les jeux et les exercices modérés que l'hygiène recommandera toujours et qu'elle saura défendre contre le retour offensif de la pédagogie, dans le cas où elle tirerait argument des faits qui précèdent, pour ramener l'éducation dans la voie d'où nous avons eu tant de peine à la faire sortir.

Bains-douches dans les écoles de Paris. — Le docteur O. du Mesnil, dont tout le monde connaît les travaux en hygiène, vient de proposer à la Commission d'assainissement de Paris, la création de *bains-douches* dans les écoles municipales. Il en a déjà été plusieurs fois question au Conseil municipal ; mais, sauf quelques tentatives isolées dans certains arrondissements, rien n'a été fait encore et pourtant il y a urgence.

Les exercices physiques qui font maintenant partie de l'éducation, rendent les soins de propreté corporelle encore plus nécessaires que par le passé.

Quand on pénètre dans une salle d'école au moment de la fermeture des classes, si bien installée que soit la salle, on est frappé de son odeur *sui generis*, odeur qui échappe à toute définition. mais affecte péniblement l'odorat.

D'après M. du Mesnil, c'est au défaut de propreté corporelle des enfants qu'il faut attribuer la cause principale des émanations qui vicient l'atmosphère.

Les bains scolaires existent depuis 1886 en Allemagne. Il y en a à Gœttingue, à Munich, à Nuremberg, à Carlsruhe, à Altona, à Leipsig, à Francfort et dans plusieurs autres villes.

En Angleterre, le conseil des écoles publiques de Londres a publié, en 1890, un rapport sur l'installation de bains et de classes de natation pour les écoles publiques. Dans 16 paroisses de cette ville, on ne compte pas moins aujourd'hui de 41 établissements publics et 25 établissements privés qui admettent les enfants des écoles, moyennant un prix variant de 10 à 30 centimes, y compris la serviette.

Mais, dans ces deux pays, on s'est placé à des points de vue tout à fait différents. En Allemagne, les bains scolaires sont simplement des bains de propreté ; en Angleterre, les bains scolaires sont surtout des bains de natation.

A Paris, où presque tout est à refaire, M. du Mesnil estime qu'il convient d'installer tout d'abord des bains de propreté.

Le système des bains-douches ou bains par aspersion est celui qui répond le mieux aux exigences spéciales de la question.

M. du Mesnil estime à 3,500 francs seulement le prix de revient d'un agencement de 10 cabines.

Il est à souhaiter que ce projet soit pris en considération. Il aiderait à faire monter un peu la moyenne annuelle balnéaire des Parisiens, qui, comme on le sait, est tout à fait insuffisante.

Les pâtisseries au savon. — Les pâtissiers sont des gens terribles en politique comme en bromatologie. Ils font lever leur pâte avec des liquides ammoniacaux, dont nous nous garderons de signaler l'origine ; ils remplacent le beurre par de la vaseline, ils ont recours, pour colorer leurs produits, à des substances que proscrit l'hygiène et voilà que maintenant ils mettent du savon dans leurs gâteaux. C'est M. Crispo qui a signalé le fait à l'association belge des chimistes. Ils obtiennent ainsi des pâtisseries légères, savoureuses et pourvues d'un fondant particulier trop apprécié des amateurs.

La proportion de savon employée varie. Dans les produits confectionnés pour les foires, on ne se gêne pas, on en met beaucoup; pour les pâtisseries fines, on est plus sobre. Les boulangers n'ont pas voulu rester en arrière et, maintenant, ils commencent à employer le savon pour obtenir de beaux pains de luxe.

Pour incorporer le savon à la pâte, on le dissout dans très peu d'eau; on bat la solution avec de l'huile d'œillette et lorsque le mélange est bien monté, on l'ajoute à la pâte. Le pain contenant du savon ne diffère pas de l'autre; il est plus spongieux, plus léger; mais son action est acide comme celle du pain normal.

M. Crispo ne connaît pas de moyen de déceler cette fraude; mais M. Herlaut (de Bruxelles) en a signalé un dans la *Revue scientifique*. Le procédé est beaucoup trop long pour l'exposer ici; nous préférons renvoyer le lecteur à la source (1).

Le budget de l'hygiène aux Etats-Unis. — Il y a bien dix années déjà que nous avons formulé cet aphorisme: « *Toute dépense faite au nom de l'hygiène est une économie réalisée.* » Nous avons eu la satisfaction de le voir reproduit bien souvent; mais, s'il a été approuvé en principe, il n'a guère été mis en pratique. Le *budget de l'hygiène* comme le *cadastre sanitaire* de la France, dont j'ai donné le plan à la même époque, sont encore à créer. Il n'en est pas de même à l'étranger. L'Angleterre se vante d'avoir dépensé cinq milliards pour son assainissement, depuis le commencement du siècle. L'Amérique ne se vante de rien, mais elle n'économise pas ses dollars, ainsi qu'on peut en juger par le compte suivant:

L'administration des divers Etats de l'Union consacre, chaque année, aux dépenses d'hygiène, les sommes suivantes: Massachussetts, 565,000 francs; Louisiane, 500,000; Texas, 305,000; Illinois, 245,000; Mississipi, 232,750; Mimesota, 145,000; New-York, 125,000; New-Jersey, 107,500; Wisconsin, 102,500; Michigan, 80,725; Alabama, 65,000; Maryland, 65,000; Californie, 62,500; Connecticut, 50,000; New-Hampshire, 42,500; Caroline du Nord, 27,500; Indiana, 25,000; Iowa, 25,000; Pensylvanie, 25,000; Maine, 25,000; Kansas, 22,500; Ohio, 22,500; Caroline du Sud, 20,000; Tennessee, 15,000; Rhode Island, 13,500; Kentucky, 12,500; Vermont, 12,500; West Virgina, 10,000; Delaware, 1,850. Total: 2,961,825 francs.

Ce total est assurément bien respectable; mais ce serait se faire une bien fausse idée des dépenses d'hygiène aux Etats-Unis, que de s'en rapporter à ces chiffres. Ils ne représentent, en effet, que la part contributive des Etats, bien inférieure à celle des villes et, de plus, ils ne renferment ni les dépenses des quarantaines, ni celles des lazarets, etc. Ils doivent donc être majorés dans des proportions énormes.

La protection de l'enfance dans le département de la Seine en 1891

Lecture faite à l'Académie de médecine le 5 septembre 1893,
par M. le docteur René Blache

En venant, comme chaque année, présenter à l'Académie de médecine les résultats de l'application de loi Roussel dans le département de la Seine, que mes fonctions de membre du Comité départemental de protection des enfants du premier âge me permettent d'étudier spécialement, je me propose de joindre aux résultats statistiques de l'année 1891, quelques notes au sujet du fonctionnement des crèches.

Le nombre des nourrissons soumis à la protection pour 1891 est de 4,850 (48 de plus

(1) *Revue scientifique*, n° du 19 août 1893, p. 254.

qu'en 1890), savoir : 1,557 nourrissons restant au 31 décembre 1890, 3,293 nouveaux placés en 1891, dont 1,476 à Paris (30 p. 100) et 3,374 dans la banlieue (70 p. 100).

Les arrondissements de Paris qui en ont compté le plus sont les suivants : 15e (239), 18e (158), 13e (146), 20e (141), 14e (127), 19e (124), 17e (117), 11e (98), 12e (79), 16e (78), etc

Tous ces chiffres sont supérieurs à ceux de 1890.

La proportion des enfants protégés à Paris, comparativement aux nourrissons de a banlieue, qui s'était abaissée d'un cinquième en 1890, s'est relevée en 1891 de 28 p. 100 à 30 p. 100, se rapprochant de la moyenne générale obtenue jusqu'en 1880 (32 p. 100).

La majeure partie des chiffres des nourrissons protégés dans les communes de la banlieue est en diminution par rapport à l'année 1890.

La protection a cessé d'être exercée en 1891 à l'égard de 3,253 nourrissons (8 de plus qu'en 1890), lesquels sont sortis du service au cours de la dite année, savoir : 2,280 par suite de retrait effectué spontanément par les parents, 165 par suite de retrait provoqué par le service d'inspection, 106 par suite de changement de domicile de la nourrice, 352 par décès et 350 par limite d'âge.

La protection continuait de s'exercer au 31 décembre 1891, à l'égard de 1,597 nourrissons (40 de plus qu'en 1890), dont 473 à Paris et 1,124 dans la banlieue.

Le nombre des nourrissons soumis à la protection dans le département de la Seine s'est relevé de 40, de sorte que les résultats de l'année qui nous occupe se sont rapprochés de ceux de 1888, époque à laquelle s'était produite une augmentation exceptionnelle (5,121).

Par rapport au mode d'élevage, les 4,850 nourrissons protégés en 1891 comprenaient : 2,069 enfants élevés par des nourrices au biberon, soit 44, 72 p. 100 et 612 enfants élevés par des sevreuses ou gardeuses, soit 12, 62 p. 100.

Pour la première fois, depuis l'application de la loi Roussel, le nombre des enfants confiés dans le département de la Seine à des *éleveuses au biberon* a été supérieur à celui des enfants placés chez des nourrices au sein.

Depuis 1884, l'alimentation artificielle a réalisé des progrès comme importance numérique et le nouveau pas en avant qu'elle a fait en 1891 lui a assuré un avantage de 2,06 pour 100 sur l'alimentation au sein.

Cette augmentation, que nous déplorons en principe, aura cependant des résultats de moins en moins préjudiciables à nos petits protégés, à cause des soins apportés par les nourrices dans la propreté des biberons, que nous ne cessons de réclamer, et surtout dans l'emploi du lait stérilisé qui tend de plus en plus à se répandre.

Il est à noter cependant que la banlieue présente un nombre plus élevé d'enfants nourris au sein. L'écart, qui était de 345 nourrissons en 1890 est tombé à 113 en 1891.

Au point de vue du sexe et de l'état-civil, sur les 4,850 enfants soumis à la protection, nous avons 2,565 garçons, soit 53 pour 100, et 2,285 filles, soit 47 pour 100.

Ces chiffres sont presque identiques à ceux de 1890, pendant laquelle année nous avions eu 2,479 garçons, soit 52 pour 100, et 2,323 filles, soit 48 pour 100.

Sur ce nombre de 4,850 nous avons eu 3,537 enfants légitimes, soit 73 pour 100, et 1,313 enfants naturels, soit 27 pour 100.

Ces proportions sont les mêmes que pour l'année 1890.

C'est toujours avec grande sollicitude que le service de la protection s'occupe de la vaccination des nourrissons.

Sur les 4,850 enfants, 2,039 étaient déjà vaccinés, 1,387 l'ont été et 915 n'ont pu l'être ou sont sortis du service (169 par suite de décès et 746 pour d'autres causes).

Il restait au 31 décembre 1891, 509 nourrissons à vacciner.

En résumé, sur 4,580 nourrissons protégés en 1891, 3,424 étaient ou ont été vaccinés.

Le nombre des nourrissons vaccinés a été supérieur de 117 à celui de l'année précédente.

Il y a donc eu un progrès sensible en 1891.

Par suite des améliorations apportées dans le service d'inspection, il est bon de noter que 165 nourrissons (11 de moins qu'en 1890) ont été l'objet d'un retrait provoqué par les avis de nos inspecteurs.

Sur ces 165, 53 étaient élevés au sein, 103 au biberon et 9 en sevrage ou en garde.

L'élevage au biberon a fourni le contingent le plus élevé des retraits.

Les deux tiers des retraits ont été appliqués à des enfants âgés de moins de 6 mois. Nous retrouvons toujours les mêmes motifs : mauvaise alimentation, mauvais soins, insalubrité des logements, nourrices qui n'ont pas assez de lait ou pratiquent clandestinement l'alimentation prématurée.

Sur les 165 nourrissons retirés, 135 ont été repris par leurs parents, 28 replacés en nourrice et 2 placés à l'hospice.

Le sort de 132 sur les 135 repris par leurs parents est resté inconnu.

La mortalité est répartie entre Paris et la banlieue de la façon suivante : 92 décès à Paris, soit 26, 13 p. 100, et 260 dans la banlieue, soit 73, 87 p. 100.

Comme les deux années précédentes Paris l'a emporté sur la banlieue et nous en retrouvons la cause dans la surveillance plus active de nos médecins et de nos visiteuses.

Les maladies auxquelles ont succombé les 352 nourrissons sont les suivantes :

Système nerveux (méningite, convulsions) 69 (18 de moins qu'en 1890).

Appareil respiratoire : 72 (6 de moins qu'en 1890).

Appareil digestif : 159 (moins qu'en 1890).

Maladies épidémiques : 24 (beaucoup moins qu'en 1890).

Autres maladies : 28 (6 de plus qu'en 1890).

Sur ces 352, 123 étaient élevés au sein, soit 35 p. 100, 220 au biberon, soit 62 p. 100, 9 en sevrage ou en garde, soit 3 p. 100.

La supériorité du nombre des décès des enfants élevés au biberon s'est affirmée une fois de plus.

Mais par rapport au nombre total des nourrissons protégés, la mortalité générale de l'année 1891 est de 7, 25 p. 100. Cette proportion est en diminution de 0, 66 p. 100 sur celle de 1890 et elle est, en même temps, la proportion la plus faible qui ait été obtenue jusqu'à ce jour dans le département de la Seine.

Si nous comparons notre statistique à celles des départements, celui des Vosges, par exemple, nous trouvons que la mortalité est de 3, 51 p. 100 supérieure à celle du département de la Seine.

Parmi les 213 nourrissons décédés dans ce département, *186* sont morts avant d'avoir atteint 6 mois, soit 87, 3 p. 100, 26 seulement après l'âge de 12 mois, soit 12, 2 p. 100, et sur ces 26, 6 seulement ont succombé à des maladies de l'appareil intestinal, qu'une bonne hygiène eût pu éviter.

Il est donc incontestable que dans une région industrielle comme celle des Vosges, les crèches rendraient de très grands services et que si elles y étaient plus nombreuses nous n'aurions pas à accuser une mortalité aussi grande.

La mortalité des nourrissons du département de la Seine par rapport aux saisons es ainsi répartie :

Hiver.	77	soit	22	pour	100
Printemps	90	—	26	—	100
Eté	106	—	30	—	100
Automne	79	—	22	—	100
Total	352				

Par rapport à l'âge, les deux premiers mois de la vie présentent la mortalité la plus élevée et le deuxième mois (88) réunit un contingent mortuaire presque double de celui du premier mois (49).

Le nombre des décès survenus de 0 jour à 1 an s'est élevé à 319, soit 91 p. 100 de l'effectif mortuaire. De 1 à 2 ans (33).

Les nourrissons âgés de 0 jour à 1 an qui succombent à une affection de l'appareil digestif, forment 96 pour 100 du contingent mortuaire.

La moitié à peu près (173) des nourrissons décédés étaient âgés de 0 jour à 3 mois. L'autre moitié comprend tous ceux qui avaient depuis 4 mois jusqu'à 23 mois révolus.

Par rapport au sexe, les 352 nourrissons décédés comprenaient : 208 garçons, soit 59 p. 100 de l'effectif mortuaire, et 144 filles, soit 41 p. 100, et par rapport à l'état-civil nous avons 245 enfants légitimes, soit 70 p. 100, et 107 naturels, soit 30 p. 100 de l'effectif mortuaire.

A chaque filiation nous avons 6,92 p. 100 pour les enfants légitimes et 8,14 p. 100 pour les enfants naturels, chiffres un peu inférieurs à ceux de 1890.

La filiation illégitime a été d'environ un septième plus éprouvée que la filiation légitime, comme nous le constatons depuis de longues années.

En comparant les résultats des dix dernières années nous voyons que la mortalité générale, qui a atteint en 1882 le chiffre maximum de 423 décès soit 9,72 p. 100, s'est abaissée graduellement jusqu'à 363 décès, soit 7,37 p. 100.

Pendant les 3 années suivantes, elle a subi diverses oscillations, puis elle a fléchi brusquement en 1891, où elle a obtenu le *chiffre minimum de 352 décès, soit 7,25 pour 100.*

Ce dernier résultat offre, par rapport à l'année 1890, une diminution de 28 décès, soit 0,66 p. 100, et par rapport à l'année 1882, où la mortalité a atteint son maximum une diminution de 71 décès, soit 2,47 p. 100.

Les moyennes permettent toujours de dire que le tiers des nourrissons qui meurent n'a pas plus de 3 mois, que la moitié n'a pas atteint 6 mois et que les deux tiers n'ont pas dépassé 8 mois.

Il y a eu en 1891, 22,249 enfants (669 de plus qu'en 1890) que des parents domiciliés dans le département de la Seine ont déclaré placés, savoir : 2,730 dans le département de la Seine, dont 812 à Paris et 1,918 dans la banlieue, et 19,519 hors du département de la Seine.

Sur ce nombre, 7,120 devaient être élevés au sein, dont 302 à Paris, 784 dans la banlieue et 6,034 en province.

Et 15,129 devaient être élevés au biberon ou autrement, dont 510 à Paris, 1,134 dans la banlieue et 13,485 en province.

La proportion des placements au sein a été de 32 p. 100 (au lieu de 34, 28 p. 100 en 1890 ce qui revient à dire que sur 3 enfants mis en nourrice, 1 seul est élevé au sein.

Le total des naissances dans le département de la Seine a été de 78,804, soit 4,248 de plus qu'en 1890.

Le nombre des nourrices visitées à la Préfecture de Police en 1891, a été de 13,324 (549 de plus qu'en 1890).

Sur ce nombre, 10,094 ont été reçues nourrices au sein et 3,145 ont été reçues nourrices au biberon, soit au total : 13,239.

Enfin, 85 ont été refusées.

654 nourrices ont été ajournées à la contre-visite.

Le nombre des bureaux de nourrices a diminué d'une unité et se trouve réduit à 17.

Le nombre des femmes auxquelles les bureaux ont procuré des places de nourrices sur lieu ou des nourrissons, s'est élevé à 10,377 (soit 320 de plus qu'en 1890).

(*A suivre.*) Dr Blache.

BIBLIOTHÈQUE

Éléments d'ophtalmologie a l'usage des médecins praticiens. Leçons cliniques professées a la Faculté de médecine de Lyon, par le docteur Gayet.

Paris, Masson, 1893.

Cet ouvrage, comme dit l'auteur dans sa préface, n'est ni un manuel ni un ouvrage didactique. Son but éminemment pratique, est d'apprendre au praticien à débrouiller son malade et à le bien traiter.

« Il y a en ophtalmologie des choses que tous les médecins doivent savoir. » Ce sont elles que nous trouvons dans ce livre. Quoi de plus pratique que les chapitres qui traitent de la blennorrhagie oculaire, des kératites infectieuses, des brûlures de l'œil ?

Ces leçons cliniques sont dédiées à des élèves de deuxième année, mais chacun cependant y trouvera quelque chose à apprendre.

Elles sont groupées, non pas au hasard des malades, mais dans un ordre rationnel et anatomique et la forme sous laquelle elles sont présentées en rend la lecture plus facile et plus attrayante.

Chaque chapitre est suivi d'un index bibliographique complet pour ceux qui désirent approfondir l'un des sujets traités par le maître.

De nombreuses planches, les unes schematiques, les autres d'après photographie, viennent encore en faciliter la lecture. N'apprend-on pas davantage, par exemple, en jetant les yeux sur la planche (d'après photographie) qui représente la bouche d'un heredo-syphilitique que par la lecture de la meilleure description ?

Ajoutons enfin qu'on trouve à chaque page les idées originales du maître. Telle est la conception de l'œil considéré comme émonctoire, éliminant les déchets organiques et pouvant ainsi s'infecter de dedans en dehors. Tel est encore tout le chapitre du traitement du staphylome.

Le volume qui vient de paraître n'est que le premier d'une série. Il ne contient que les maladies superficielles de l'œil. Les deux autres contiendront les maladies du tractus uvéal et des milieux, de la rétine, du nerf et des voies optiques.

Puissent-ils être d'une lecture aussi facile et renfermer autant d'enseignements pratiques que le premier !

COURRIER

Légion d'honneur. — M. le docteur Choquet (de Paris), est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Assistance publique a Paris. — Un concours aux emplois de médecins du traitement à domicile et du service des consultations s'ouvrira le lundi 9 octobre 1893. Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 (service des secours à domicile), de onze heures à quatre heures. Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 16 septembre 1893, à quatre heures inclusivement. Les candidats doivent justifier qu'ils sont Français, âgés de vingt-cinq ans au moins, munis d'un diplôme de docteur d'une des Facultés de médecine de l'Etat, et prendre l'engagement de résider, aussitôt après leur institution, dans l'arrondissement où ils doivent exercer leurs fonc-

tions ou dans un quartier limitrophe. Il sera délivré un récépissé de la déclaration de candidature et du dépôt des diverses pièces. Un exemplaire du règlement du concours sera remis aux candidats lors de leur inscription.

La médecine dans les journaux politiques. — Citons, d'après le *Mercredi médical*, qui l'emprunte lui-même à la *Gazette des hôpitaux de Toulouse*, les extraits suivant : il s'agit d'une femme qui a reçu deux graves blessures à la tête. « Après l'hémorrhagie qu'elle a eue chez elle, il s'en est produit une nouvelle à l'hôpital. Puis la cervelle s'est mise à couler, il fallut plusieurs fois, pendant le pansement, remettre dans le crâne la matière qui en sortait. » (*Libre Parole*, du 20 août 1893.)

Dans le même journal (28 août), le docteur Dupouy nous apprend, dans une de ses causeries scientifiques, que la tuberculose n'est pas une maladie contagieuse. Il a, jusqu'à un certain point, le droit de parler ainsi et de nier l'évidence, mais il dépasse vraiment les bornes de la plaisanterie à la fin de son article :

« Pour se rendre compte des lésions pulmonaires, il faut explorer la poitrine, mais, d'une manière générale, on peut dire que, sauf les cas où il y a de la fièvre,

« 1/3 du poumon perdu donne 90 pulsations ;

« 1/2 du poumon perdu donne 100 pulsations ;

« 3/4 du poumon perdu donne 110 pulsations ;

« 1 poumon perdu donne 120 pulsations. »

Sans être sorti de l'X, on arrive ainsi à trouver que, lorsque les deux poumons sont perdus, l'on a fatalement 160 pulsations ; c'est évidemment le rêve, puisque c'est presque le chiffre de l'état fœtal, caractérisé, comme l'on sait, par une activité organique des plus intenses.

Tarification officielle des honoraires des médecins russes. — Les villes sont partagées en trois catégories d'après le tarif officiel, celles qui ont au moins 50,000 habitants, celles de 50,000 à 5,000 et celles au-dessous de 5,000.

Les malades sont également partagés en trois classes comprenant : la première : les capitalistes, propriétaires, fabricants, banquiers, commerçants de la ville et employés des six premières classes ; la seconde : les personnes exerçant des professions libres, les employés des septième et huitième classes ; la troisième : le reste de la population.

Enfin, les honoraires sont tarifés : 5 roubles pour les malades de première classe, 3 roubles pour ceux de la seconde et 30 kopeks pour ceux de la troisième.

Nécrologie. — MM. le docteur Dax, de Sommières (Gard), et le docteur F.-P. Ricard, médecin principal de la marine en retraite (Marseille).

Corps de santé de la marine et des colonies. — M. le médecin principal des colonies Rangé, est appelé à servir au Havre, où il prendra ses fonctions le 15 septembre.

M. le médecin de 1re classe Bellot s'est embarqué à Bordeaux, le 10, à bord du paquebot la *Ville-de-Maceio*, des Chargeurs-Réunis, pour assurer le service médical des militaires qui seront rapatriés du Bénin sur ce paquebot.

Débarquement du *Colombo* : MM. le médecin principal Drago, le médecin de 1re classe Pungier, et le médecin de 2e classe Duclot.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

LES MÉDECINS ET LES COMPAGNIES D'ASSURANCES SUR LA VIE

(*Suite.*)

Rôle du médecin de l'assuré ou de sa famille.

Dans notre précédent article (1) nous avons indiqué quels étaient les devoirs des médecins des Compagnies d'assurances ; ceux des médecins traitants sont tout à fait différents. De l'avis de tous les médecins légistes, ils se résument en un seul mot : l'abstention. Ici le secret médical fait aux médecins une obligation stricte de se taire.

Ils peuvent être invités à délivrer des certificats dans deux circonstances différentes : 1° Au moment où leur client contracte une assurance ; 2° Au moment de son décès, alors que sa famille réclame à la Compagnie le montant de la somme engagée.

Lorsque les premières Compagnies d'assurances sur la vie se sont fondées en France, elles se bornaient à demander à leurs agents, à l'appui des propositions qu'ils leur transmettaient, un certificat émanant d'un médecin connu de leur localité. L'agent avait l'habitude de s'en rapporter au postulant, qui, tout naturellement, s'adressait à son médecin pour obtenir la pièce demandée. Lorsque sa santé était parfaite, rien de plus simple ; mais quand il était atteint d'une maladie organique que son médecin lui avait cachée, il mettait celui-ci dans l'alternative cruelle, ou de faire à son client la plus dangereuse des révélations ou de lui délivrer un certificat de complaisance et de tromper ainsi la Compagnie. Ce dernier danger fut bientôt compris par les Sociétés intéressées, qui prirent alors le parti de choisir un médecin pour les représenter ; mais quelques-unes d'entre elles ont continué à demander en plus au proposant un certificat de son médecin. La question de savoir s'il doit refuser cette pièce, a été maintes fois agitée dans les Sociétés de médecine légale, elle a été résolue presque à l'unanimité par l'affirmative. M. Al. Legroux qui a fait de cette question une étude fort intéressante (2) exprime l'avis que, si le médecin traitant est délié du secret professionnel par le consentement et la demande de son client, il n'en doit pas moins refuser la pièce que celui-ci lui demande dans l'ignorance de son état, en raison des dangers que cette révélation peut lui faire courir, et il cite à l'appui de son opinion de nombreux cas de morts subites ou rapides qui ont été le résultat de cette imprudence chez des anévrysmatiques, chez des sujets atteints de maladies du cerveau menacés d'apoplexie. Le refus doit être la règle, même dans les cas où il n'y a rien à taire, parce que, s'il était d'habitude de donner des certificats aux personnes bien portantes, le refus d'en délivrer un, équivaudrait à une déclaration de maladie grave et ferait autant de mal qu'un certificat défavorable.

(1) Voir le numéro du 12 septembre 1893.
(2) Al. Legroux, *Archives générales de médecine*, août 1878.

Cette règle de conduite a été adoptée par Cerise, Marrotte, Moutard-Martin, Gallard (1), Dechambre (2) et par M. Brouardel (3).

La Société médicale du 2e arrondissement de Paris a voté, le 1er avril 1862, la délibération suivante :

1° Tous les membres de la Société médicale du 2e arrondissement, se fondant sur l'obligation du secret médical, prennent l'engagement de ne délivrer aucun certificat demandé par les Compagnies d'assurances sur la vie, quel que soit l'état de santé des postulants.

2° Cette décision sera transmise à toutes les Sociétés d'arrondissement de Paris, en les invitant à prendre une détermination semblable.

En présence de cette attitude du corps médical, la plupart des Compagnies d'assurances ont renoncé à demander aux postulants un certificat de leur médecin. En revanche, lorsqu'un de leurs assurés succombe, elles continuent à réclamer aux familles, avant de régler le *sinistre*, un certificat détaillé émanant du médecin qui a traité le décédé pendant sa dernière maladie et indiquant la cause du décès. Cette pièce a pour but de s'assurer que le sujet a succombé à une mort naturelle, que la maladie qui l'a enlevé était survenue depuis le contrat passé et qu'il n'y a pas eu dissimulation de sa part au moment de l'examen. Si la Compagnie peut prouver que le postulant a fait à ce moment des déclarations fausses, elle est en droit de se refuser au payement de la somme réclamée par la famille.

Supposons par exemple, que la mort soit survenue quelques mois après que la police a été signée et que le médecin traitant déclare qu'elle a été causée par un cancer, par la phtisie ou par l'alcoolisme ; il y a de fortes présomptions pour croire que tout cela existait déjà lors de l'examen médical, et que le proposant a trompé la vigilance du médecin qui l'a visité. Le certificat délivré *post mortem* par le médecin de la dernière heure, donne à la Compagnie la possibilité de prouver les faits par une enquête et d'obtenir du tribunal l'annulation du contrat entaché de fraude.

Les Compagnies ont donc le plus grand intérêt à obtenir ce certificat, mais les médecins traitants ne lui doivent rien, tandis qu'ils sont liés par le secret médical à l'égard du décédé et de sa famille.

La question du certificat *post mortem* a été posée à la Société de médecine légale par le docteur Gibert, au nom du Syndicat des médecins du Havre.

Après un excellent rapport de M. G. Rocher, avocat à la cour de Paris, la Société a déclaré qu'à son avis le médecin traitant ne devait pas délivrer cette pièce (4). Il n'a pas en effet, dans cette circonstance, l'excuse de l'autorisation donnée par le client, dans le cas que nous avons précédemment examiné, puisque celui-ci n'est plus et qu'il est plus que probable, que s'il pouvait encore formuler une volonté, ce serait pour interdire au médecin la délivrance d'une pièce nuisible aux intérêts de sa famille.

Le secret, du reste, n'est pas celui du décédé seulement, c'est celui de

(1) Gallard. Rapport à l'Association des médecins de France sur les rapports des médecins avec les Compagnies d'assurances. (*Annuaire*, 1874, p. 88.)

(2) A. Dechambre. *Le Médecin.* Devoirs privés et publics. Paris, 1883, p. 194.

(3) P. Brouardel. *Le Secret médical*, loc. cit., p. 68.

(4) Société médico-légale. Séances du 9 juin 1884 et du 4 août 1884, t. VIII, p. 337 et 389.

toute la famille et s'il s'agit de syphilis, d'alcoolisme, de cancers, de phtisie, d'épilepsie, de folie, sa révélation compromet toute la descendance.

Le médecin dans ce cas peut donc subir l'application de l'article 378 du code pénal. Il peut de plus, être poursuivi par la famille en dommages et intérêts, si par le fait de sa déclaration, la Compagnie a été dispensée de payer le montant de l'assurance, tandis qu'il ne pourra jamais être actionné, même au civil, pour avoir refusé son certificat.

La question a été plus d'une fois tranchée par les tribunaux et notamment par un arrêt très motivé du Tribunal civil du Havre (1). Un médecin de cette ville était appelé devant lui à la requête du tuteur de deux orphelines, dont le père avait contracté une assurance près de la Compagnie *Le Monde*. Le réquérant s'appuyait sur les statuts de la Société, lesquels exigeaient cette pièce; et réclamait indépendamment du certificat, 3,000 francs de dommages et intérêts. Il fut débouté de sa demande par un jugement dans lequel se relève cette déclaration :

« Les principes de la liberté professionnelle et la règle absolue du secret médical imposent au médecin l'obligation d'ordre public de se refuser à la délivrance de tout certificat constatant les causes de la mort du client qu'il a traité, alors même que ce certificat serait exigé par une Compagnie d'assurances sur la vie préalablement à tout versement de capital assuré. La police qui renferme une telle clause n'est pas opposable au médecin qui est un tiers au regard du contrat d'assurance de son client.

« Le secret étant personnel au client décédé, personne et principalement le tuteur des héritiers mineurs n'a le droit d'en relever celui qui l'a reçu, en admettant même, contrairement à la jurisprudence que ce droit put appartenir au client lui-même. »

D'une autre part, les exemples abondent dans lesquels les Compagnies ont été condamnées à payer, malgré le refus des médecins de délivrer le certificat *post mortem* et bien que les assurés fussent morts de phtisie, d'alcoolisme ou à la suite de leurs débauches.

La question est donc parfaitement tranchée dans ce cas. Le médecin a le droit et le devoir de ne pas délivrer le certificat que demandent les Compagnies lorsqu'il s'agit de maladies dont la divulgation peut compromettre la réputation du décédé ou l'avenir de ses enfants; mais lorsqu'il n'y a rien à divulguer lorsque la mort a été causée par une maladie qu'il n'y a aucune raison de cacher, qu'il ne s'agit que d'une simple formalité à remplir et que la famille supplie le médecin de lui venir en aide, il a sans doute encore le droit de refuser; mais il n'en a plus le devoir et en réalité, il le fait toujours. Sur cent sinistrés, il n'y en a certainement pas deux où le médecin traitant refuse à la famille le certificat qu'elle lui demande et, cela se conçoit, parce qu'il est fort rare qu'on ait des motifs pour refuser et qu'on ne va pas désobliger un grand nombre de familles pour éviter de se trouver une fois par hasard dans l'embarras.

Lorsque ce cas malheureux arrive, les médecins s'en tirent en ayant recours à un de ces euphémismes qui sont indispensables dans l'exercice

(1) Tribunal civil du Havre, première chambre, M. Bayeux président. Audience du 30 juillet 1886. Voir pour le texte et les considérants des jugements : Brouardel, *Le Secret médical*, loc. cit. p. 87.

d'une profession aussi délicate. La phtisie devient une bronchite chronique, le cancer de l'estomac une dyspepsie organique, la paralysie générale des aliénés, prend le nom d'encéphalite chronique, quant à l'alcoolisme on le caractérise par une des dernières lésions qu'il a causées, c'est une cirrhose du foie, une anasarque, etc. Il en est de même de la syphilis, et en réalité, ce n'est pas absolument une déclaration fausse que fait alors le médecin ; il se borne à exprimer un effet sans révéler sa cause et à taire une partie de la vérité. Il peut toujours, d'ailleurs, abriter sa conscience derrière une erreur de diagnostic.

Loin de moi la pensée d'approuver de pareils compromis et de les donner comme des exemples, je me borne seulement à dire ce qui se fait d'habitude dans la pratique et ce qui est inévitable étant données nos mœurs médicales.

Quant au résultat de ces déclarations déguisées, il est tout naturel ; le médecin de la Compagnie ne s'y trompe pas un instant ; il peut édifier la Compagnie sur la véritable cause du décès et celle-ci peut commencer une enquête et des poursuites si bon lui semble. Hâtons-nous de dire qu'en France, à moins que la fraude n'ait été bien grossière, la tromperie bien évidente, elles ont vingt chances contre une de perdre leurs procès.

REVUE DE LA PRESSE ANGLAISE

CHIRURGIE

Chacun connaît cette affection chirurgicale connue sous le nom de **ganglion**, maladie fréquente et pour laquelle il existe un nombre considérable de traitements. M. H. MARTIN JORDAN, dans *The Lancet*, du 29 juillet, nous donne un relevé de 26 cas de ce genre, traités avec succès et profite de l'occasion pour exposer les différentes théories émises sur la genèse de cette anomalie séreuse. C'est, bien entendu, sur les extenseurs et au niveau du poignet que le ganglion a été rencontré le plus souvent par ce chirurgien, qui en fait une maladie sous la dépendance de la gaîne tendineuse et qui trouve, peut-être avec raison, que le terme de *teno-synovite* serait bien préférable.

Mais passons au traitement. *La rupture* a été souvent recommandée ; elle n'est pas toujours possible et expose à la récidive. *L'électrolyse* est un procédé que, pour notre part, nous n'avons jamais vu employer ; cependant, M. H. Martin Jordan rapporte six cas du docteur A. Mahltuch, dans lesquels cette thérapeutique aurait été efficace.

La ponction et *discision sous-cutanée* du kyste ont aussi de nombreux succès à leur actif et ces opérations faites antiseptiquement n'ont pas le danger que peut offrir *le séton* qui, lui aussi, a été conseillé. Enfin, *l'excision du sac* qui consiste à retrancher la partie kystique comme une tumeur est celui qui, aujourd'hui, a le dernier mot, car il est absolument efficace et triomphe des cas où tous les autres modes de traitement ont échoué. Cependant M. H. Martin Jordan préfère à ce procédé sanglant *l'aspiration* et *l'injection*. C'est, comme on le voit, l'ancien traitement des kystes séreux; d'autant plus que ce chirurgien préconise le liquide de Morton, c'est-à-dire un mélange de teinture d'iode, d'iodure de potassium et de glycérine.

M. H. Martin Jordan fait suivre son travail d'un tabbleau dans lequel sont inscrits tous ses cas avec la profession du patient, la quantité de liquide injecté et la durée de l'affection.

Il n'y a pas eu un accident et la guérison complète a toujours été le résultat de l'application de cette méthode.

Un cas de greffe nerveuse. — On sait que, pour les nerfs comme pour les tendons, on a essayé de réparer les pertes de substance par un tissu similaire et les observations de ce genre sont toujours intéressantes. Aussi allons-nous retracer brièvement celle qui nous est donnée par M. Moullin dans *The Lancet* du 24 juin dernier.

Un homme de 28 ans glissa, traîné par un tramway, le 24 mai 1889, et se fit une fracture compliquée de l'humérus gauche au tiers inférieur et une fracture diaphysaire du radius; la fracture n'était pas comminutive. A l'aide d'un traitement approprié, les lésions se réparèrent, mais lentement; le 15 juillet la fracture du radius était consolidée, mais les deux fragments de l'humérus étaient encore mobiles. Deux ans et demi après il n'y avait pas encore de consolidation. En 1891 on fit une incision au niveau de la fracture, on rafraîchit les extrémités osseuses, et on passa une suture métallique pour réunir les deux fragments. On mit un plâtre et le 8 janvier 1892 la consolidation était obtenue. Trois mois après l'opération le malade constata une parésie des extenseurs du poignet et des doigts; puis la paralysie devint complète. On fit une incision exploratrice et on jugea que le radial détruit sur une certaine étendue devait être reparé. Sur un jeune épagneul on disséqua les deux nerfs sciatiques et on les plaça dans une solution salée, chaude et stérilisée. Puis, sur le malade, on découvrit la portion inférieure et la portion supérieure du nerf radial. Le nerf fut coupé inférieurement et supérieurement et on creusa un tunnel sous le triceps; on introduisait dans ce tunnel un des nerfs sciatiques et on le sutura aux deux bouts du radial avec trois points de catgut; la longueur du fragment transplanté était de plus de 3 centimètres. Pansement antiseptique et immobilisation du bras. Le 6 mai il y eut une aire d'hyperesthésie sur la première phalange de l'index et des deux doigts suivants; le 8, la sensibilité tactile était redevenue à peu près normale. Elle ne revint jamais complètement, cependant, et cela malgré un traitement par l'électricité. Quant à la mobilité elle ne put être récupérée. On sait, du reste, que même après des sutures nerveuses simples les mouvements reparaissent rarement.

Nouveau traitement des bubons suppurés. — Nous faisons rentrer dans une revue de la presse anglaise un article d'*Otis* paru dans un journal américain (*the journal of cutaneous and génito-urinary diseases n° 5*), sur le traitement des bubons suppurés.

C'est sur une statistique de 16 cas que l'auteur se base pour préconiser sa méthode qui est la suivante : Après avoir rendu la peau aseptique par un lavage au savon vert, à l'éther sulfurique, puis à une solution de sublimé à 1 p. 1,000, un bistouri étroit est introduit dans la cavité de l'abcès et le contenu est doucement mais parfaitement expulsé. La cavité est lavée avec une solution de sublimé à 1 p. 1,000, puis remplie jusqu'à distension modérée avec un onguent iodoformé chaud (à 10 p. 1,000), en prenant soin que l'élévation de la température ne soit pas assez grande pour mettre l'iode en liberté. La seringue employée dans ce cas est la seringue de verre ordinaire. L'extrémité de la seringue étant détachée, on en chauffe légèrement le corps dans la flamme d'une lampe à alcool, on le remplit d'onguent à l'aide d'une spatule puis on remplace l'aiguille. A la fin de l'injection, au moment où l'on retire la seringue de la plaie, on applique une compresse imbibée d'une solution de bichlorure très froide; l'onguent se solidifie instantanément à l'orifice de la plaie, s'opposant ainsi à l'issue de ce que contient la cavité purulente. On applique par dessus une épaisse compresse de gaze au bichlorure, recouverte par un épais morceau de ouate, le tout retenu par un spica bien serré. On lève le premier pansement le quatrième jour. Si tout va bien, on se contente de faire un nouveau pansement; s'il y a menace d'inflammation, on répète l'opération.

Les avantages de la méthode seraient les suivants : d'après l'auteur.

1° Elle est simple et sûre ;

2° Dans les cas où elle est applicable, la guérison est en général plus prompte que par toute autre méthode;

3° Elle n'empêche pas le malade d'aller et de venir pendant la durée du traitement ;

4° Le premier ganglion ainsi rendu aseptique, l'asepsie se propage et les autres ganglions de la chaîne ont moins de chance de suppurer ;

5° Elle ne laisse pas de cicatrice ;

6° Elle n'empêche aucun traitement chirurgical ultérieur.

9 des malades d'Otis ont été guéris en six jours, 3 en douze, 1 en quatorze, 1 en vingt-trois ; 2 autres ont interrompu le traitement et n'ont pu être revus.

Rétrécissements tuberculeux de l'intestin. — Les rétrécissements de l'intestin consécutifs aux ulcérations tuberculeuses sont rares et assez mal connus ; et il n'est pas sans intérêt de dire un mot du mémoire que M. J. Kœnig vient de consacrer à leur étude dans le *Medical record.*

Cet auteur a observé cinq cas de rétrécissement tuberculeux de l'instestin, et il est intervenu chirurgicalement. Il y avait du reste nécessité car tous ces malades avaient présenté des symptômes d'obstruction intestinale.

Ce chirurgien a pu ainsi avoir des pièces intéressantes et faire une bonne anatomie pathologique de cette lésion.

Voici ce qui résulte de l'examen anatomique des pièces enlevées dans les opérations: le rétrécissement intestinal qui provient d'une ulcération tuberculeuse est toujours très prononcé. Au-dessus du point rétréci, l'intestin est dilaté et la tunique musculaire hypertrophiée. Au-dessous, l'intestin est, au contraire, rétracté, et sa tunique musculaire est atrophiée Ce sont là les lésions communes de tous les rétrécissements.

Le diagnostic est des plus difficiles ; il ne peut guère être basé que sur la coexistence d'autres lésions tuberculeuses.

Deux des cinq opérés de M. Kœnig sont morts. Un autre est en bonne santé depuis deux ans. Les deux derniers, opérés récemment, on bien guéri de l'opération ; ils ont augmenté de poids et sont en bonne santé. Dans ces cinq cas, le chirurgien a pratiqué la résection de la portion malade de l'instestin et l'ablation des ganglions mésentériques atteints.

Traitement du torticolis spasmodique par l'excision des nerfs. — Dans *The Lancet* du 26 août 1893, M. Noble Smith se borne, sans commentaires, à nous donner la relation de cinq malades chez lesquels il a eu recours à l'excision nerveuse pour traiter un torticolis spasmodique. Ces observations nous ont paru assez curieuses pour en donner le résumé.

Dans le premier cas des spasmes très douloureux duraient déjà depuis 16 ans, quand M. Noble Smith prit le bistouri. Il enleva d'un côté un morceau du nerf spinal et, ensuite, excisa à droite les branches postérieures des seconde, troisième et quatrième paire cervicales. Les résultats obtenus et vérifiés quatre ans après l'opération furent bons, car le patient peut aujourd'hui se livrer à tous les exercices et faire une longue marche, ce qui lui était, auparavant, impossible. Il ne souffre plus du cou. Le moindre spasme n'a pas reparu. La sensibitité du cou est restée la même et il ne s'est rien produit d'anormal de ce côté. La tète se meut librement sur le thorax et petit à petit a repris sa position normale.

La seconde observation a trait à un homme de 57 ans, souffrant depuis 6 ans de spasmes du cou ainsi que de secousses dans tous les muscles de la face. Ici, l'intervention ne porta que sur un seul côté et neuf mois après l'opération le malade écrivait au chi-

rurgien qu'il se trouvait tout à fait bien de ce côté, mais qu'il était forcé d'avouer que les spasmes et les douleurs s'étaient portés de l'autre côté. Il y avait probablement là, nous dit M. Smith, une cause centrale, difficile à traiter; mais il n'en reste pas moins vrai que l'excision du spinal a produit son effet en faisant disparaître tous les symptômes du côté où le bistouri a porté.

Les deux malades suivants sont des femmes, dont la première souffrait continuellement depuis quatorze ans et voyait peu à peu ses douleurs augmenter de plus en plus. Elle fut opérée par le même procédé et revue un an et demi après l'intervention. Toute douleur et tout spasme avaient disparu, mais le torticolis seul était peu corrigé ce qui tenait probablement à la longueur de l'affection. La seconde femme avait cinquante ans, cinq ans de plus que la première; elle souffrait aussi depuis près de dix ans et était atteinte, à cause de ces douleurs, de sénilité précoce. Ici le spinal fut excisé d'un côté et les branches postérieures du plexus cervical sectionnées à droite comme à gauche. Ici aussi les spasmes disparurent complètement. Ils n'avaient pas reparu une année après l'opération.

Enfin, dans la cinquième observation, le résultat fut moins bon. Il s'agissait d'un homme de cinquante et un an auquel on excisa le spinal du côté droit. Le soulagement apporté fut considérable; mais, les muscles de la nuque restèrent sujets à des spasmes que M. Smith se propose de combattre ultérieurement en s'adressant aux nerfs qui les animent.

Sous le titre **d'un cas d'abcès du foie dans lequel l'usage de l'aspirateur fit faire une erreur de diagnostic**, M. J. Cleasby Taylor, de Las Palmas (Canaries) relate dans *The Lancet* du 19 août 1893 une observation assez curieuse d'abcès hépatique d'un gros volume qui, cependant, nécessita une ponction pour établir définitivement la diagnose.

Le trocart tomba de suite dans une cavité qui fut prise pour la plèvre et le diagnostic de pleurésie purulente fut porté. L'erreur fut vite reconnue, l'abcès du foie fut même lavé et le malade guérit.

Ce qui produisit l'erreur, fut le refoulement du diaphragme dont la surface tendineuse avait été refoulée en haut et en dehors et venait prendre un contact intime avec le plan costal. Toutes ces parties furent traversées d'un seul coup par le trocart.

Point particulier aussi, pour passer le drain avec facilité dans la plaie et de là dans la cavité hépathique, il fallait placer le malade debout, ce qui tenait au changement de rapports qui s'était effectué depuis l'évacuation de la poche purulente.

La protection de l'enfance dans le département de la Seine en 1891

Lecture faite à l'Académie de médecine le 5 septembre 1893 (1),
par M. le docteur René Blache *(Suite)*.

Situation et fonctionnement des crèches

La loi sur la protection des enfants du premier âge n'est pas obligatoirement applicable aux crèches ; elle ne s'occupe que des enfants qui sont placés, moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de leurs parents. Or, les enfants confiés aux crèches, repris chaque soir, ne cessent pas d'être sous la surveillance directe de leur famille. Mais les deux institutions, poursuivant un but commun, ont entre elles une connexité évidente. Nous avons même pu constater, depuis l'exécution de la loi Roussel, qu'une nouvelle impulsion a été donnée à la propagation des crèches. Et depuis douze ans, que l'inspection des crèches a été confiée aux médecins-inspecteurs de la protection, cette mesure a déjà produit d'excellents résultats.

Toujours à l'affût des améliorations introduites dans les crèches, au point de vue de

(1) Voir le numéro du 19 septembre 1893.

l'hygiène et de l'alimentation, nous avons lu avec plaisir, dans un récent numéro du Bulletin de ces établissements, de très intéressantes observations sur le « Lait stérilisé dans l'alimentation infantile », par le docteur E. Beluze.

Ces observations font de nouveau ressortir l'avantage du lait stérilisé dans l'alimentation de l'enfance.

Sur 30 enfants observés et dont l'âge variait de 1 à 12 mois, 2 seulement, ne se trouvant pas dans un état de santé normal, ne purent profiter de l'introduction du lait stérilisé dans leur alimentation.

Mais, sauf ces deux exceptions, tous les autres soumis à des pesées régulières et comparatives, se sont accrus dans des proportions qui dépassent la moyenne et démontrent l'efficacité de ce lait.

Comme nous, le docteur Beluze, par ces intéressantes observations, arrive aux conclusions suivantes :

D'abord, que l'alimentation au sein est incontestablement supérieure à toute autre alimentation.

Ensuite, que l'enfant élevé au sein, mais qui, par suite d'insuffisance de sa nourrice, a besoin de l'allaitement mixte et auquel on donne du lait stérilisé, se développe mieux que les enfants du même âge élevés simultanément au sein et au biberon avec le lait ordinaire.

Enfin, que, lorsqu'il faut recourir à l'alimentation artificielle, on ne devra employer que du lait stérilisé.

D'ailleurs, nous nous rangeons, en cela, à l'avis de MM. Budin et Chavanne, qui, dans une récente communication à l'Académie de médecine, tout en se déclarant formellement partisans de l'allaitement au sein, ont démontré que, dans la plupart des cas où on est obligé d'avoir recours à l'allaitement mixte, c'est l'usage du lait stérilisé qui donne toujours les meilleurs résultats.

C'est grâce à un appareil très simple, analogue à l'appareil Soxhlet, que M. Gentile a construit sur les indications de MM. Budin et Chavanne, que la stérilisation du lait est aujourd'hui devenue très facile, très peu coûteuse et réalisable dans les familles, à l'hôpital et dans les crèches.

Nous pouvons donc maintenant insister sur l'usage du lait stérilisé dans nos crèches, sans craindre les objections qui s'opposaient autrefois à son emploi.

Voici maintenant l'état des crèches au 31 décembre 1892 :

Il existait à cette date 50 crèches à Paris et 23 dans la banlieue.

En outre, on en comptait 130 dans les départements, 3 en Algérie, 1 en Tunisie et 1 à la Guadeloupe, soit au total 208.

A Paris, le 17e arrondissement, en raison de son étendue et de sa nombreuse population ouvrière, possède à lui seul 5 crèches ; viennent ensuite les 13e et 20e avec 4 crèches chacun.

Sur les 73 crèches de Paris et de la banlieue, 38 sont dirigées par un personnel laïque et 35 par un personnel congréganiste.

Les crèches de la Seine peuvent renfermer 2,380 enfants, dont 1,640 pour Paris et 740 pour la banlieue.

En 1892, les 73 crèches dont il s'agit ont été fréquentées par 6,720 enfants, dont 5,395 à Paris et 1,325 dans la banlieue ; ces 6,720 enfants ont fourni 452,880 journées de présence, soit une moyenne de 68 journées par enfant.

La moyenne quotidienne est de 1,509.

Enfin, les dépenses ordinaires des 73 crèches se sont élevées à environ 42,000 francs.

Nous venons de signaler que le développement des crèches tend à s'accroître dans des proportions conformes aux grands services que ces établissements rendent à la population ouvrière.

Malgré les critiques légitimes que l'administration a cru devoir adresser aux crèches au point de vue de l'hygiène, nous devons dire que beaucoup de progrès ont été réalisés grâce à nos inspecteurs, toujours si dévoués et toujours sur la brèche ; leur situation s'améliore de jour en jour.

Nous savons qu'il reste encore beaucoup à faire, mais n'oublions pas que les crèches n'ont d'autres ressources que la charité privée, et leurs moyens sont encore insuffisants pour arriver à des résultats absolument désirables au point de vue de l'hygiène et de l'alimentation.

En effet, le peu de ressources dont elles disposent ne leur permet pas toujours d'occuper des locaux suffisamment vastes et proportionnés au nombre d'enfants laissés à la crèche chaque jour, comme l'a très bien fait remarquer M. le docteur Napias, en insistant sur la nécessité d'avoir 10 mètres cubes d'air pour chaque enfant. Aussi, pour arriver à ce chiffre justement réclamé, avons-nous décidé, pour certains établissements, de diminuer le nombre de lits lorsque nous trouvions un local trop restreint.

Nous devons dire enfin qu'à toutes ces défectuosités les crèches remédient par les bons soins, incessants et dévoués, que donnent aux enfants leurs directrices et leur personnel, et quoique ces établissements aient beaucoup fait, grâce aux dons de la charité privée et grâce au dévouement et au désintéressement de nos inspecteurs et du personnel des crèches, le développement de ces établissements de bienfaisance tend à s'améliorer de jour en jour.

Elles rendront ainsi à la population ouvrière des services de plus en plus grands et de plus en plus appréciés.

Docteur R. Blache.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 septembre 1893. — Présidence de M. Le Fort

Valeur comparée du système quarantenaire ancien et du système récemment adopté pour la défense des divers pays contre le choléra

M. Brouardel rappelle tout d'abord que M. Babes a essayé, dans deux communications faites à l'Académie de médecine de relever le discrédit dans lequel est tombé le système quarantenaire ancien et qui a été condamné par la conférence de Dresde.

Il est vrai de reconnaître que la quarantaine maritime qui, de 40 jours, s'était notablement abaissée à 8 et 10 jours pouvait arrêter l'invasion lorsqu'elle était rigoureusement appliquée ; mais s'il était possible de séquestrer 30 à 40 passagers, il était presque impossible d'organiser un lazaret pour 1,000 à 1,200 personnes débarquant d'un bateau à vapeur, de les surveiller et de les nourrir dans des conditions acceptables. Quant aux quarantaines terrestres, elles n'étaient réellement possibles que dans les pays où les communications étaient très rares. En somme, les quarantaines étaient vexatoires pour les personnes, ruineuses pour le commerce, peu certaines dans leurs résultats et parfois même dangereuses.

M. Brouardel estime, que les mesures prophylactiques sont sous la dépendance des

municipalités et du gouvernement et fait l'exposé des devoirs de ces deux autorités. Les mesures qui ont été adoptées par la conférence de Dresde, permettent de mettre à l'abri de toute invasion épidémique les nations qui s'y conformeront. Les voyageurs ne peuvent plus être retenus que s'ils sont malades et l'observation ne peut durer, dans les cas exceptionnels plus de cinq jours.

De la nature et du traitement de l'ulcère de l'estomac.

M. G. Sée lit un travail sur ce sujet et montre que l'ulcère de l'estomac rentre dans le groupe des affections gastriques désignées sous le nom d'hyperchlorhydries et doit en conséquence prendre place à côté de la gastrosucorrhée ou maladie de Reichmann. Aussi dans le traitement, faut-il combattre cette hyperchlorhydrie et avoir recours aux alcalins, les bromures de calcium et de strontium auraient donné à M. G. Sée les meilleurs résultats.

Pied bot paralytique, transplantation musculo-tendineuse

M. Phocas (de Lille) rapporte l'observation d'une petite fille de quatre ans, atteinte de pied bot paralytique et qu'il a opérée par une méthode nouvelle. Il a pratiqué une greffe tendineuse, consistant à anastomoser le jambier antérieur à l'extenseur propre du gros orteil; on arrive ainsi en suturant le muscle paralysé au muscle antagoniste sain à un résultat des plus heureux.

Les places vacantes des membres de l'Académie ont été déclarées dans les sections suivantes :

1° Médecin vétérinaire, en remplacement de M. Reynal;

2° Thérapeutique, en remplacement de M. Marotte;

3° Accouchement, en remplacement de M. de Villers;

4° Pathologie médicale, en remplacement de M. Peter.

COURRIER

Un monument a Charcot ! — C'est un confrère russe, le docteur Chercheysky, qui écrit de Saint-Pétersbourg au *Progrès médical*, qu'en sa qualité d'étranger il se trompe peut être, mais qu'il lui semble cependant que le gouvernement met trop de lenteur pour exprimer de quelle manière la France voudra porter le deuil du grand et illustre maître. Et quelle que soit la manifestation décidée, il s'inscrit pour une somme de 200 francs. Ce dont le remercie le *Progrès médical*, qui d'ores et déjà se charge de recevoir les souscriptions qu'on voudra bien lui adresser en vue d'élever un menument à la mémoire de Charcot.

La pratique de la médecine aux colonies. — On sait que le général ministre de la guerre vient d'interdire récemment la pratique de la clientèle civile aux médecins de son département. Il est curieux de rapprocher de ce fait la décision prise par M. Delcassé, sous-secrétaire d'Etat aux colonies.

Voici les principaux passages de sa circulaire :

Certains médecins civils ont tenté des démarches en vue d'obtenir que la pratique médicale fût, pour ainsi dire, interdite aux médecins possesseurs d'un grade militaire. Nous avons pensé que le moment était venu de fixer les règles à suivre à ce sujet.

Il a été impossible à l'administration de décider que les officiers du corps de santé des colonies auront le droit d'exercer la médecine sur tel ou tel point du globe et ne l'auront pas sur tel ou tel autre, ou bien que ce droit sera subordonné à la présence de tel ou tel nombre de médecins civils.

J'estime que les médecins appartenant au corps de santé des colonies en service dans nos différentes possessions d'outre-mer ont la faculté d'y exercer la médecine, mais qu'ils doivent être soumis à toutes les obligations imposées aux médecins civils établis dans la même colonie, telles que patente, etc.

Il demeure entendu que le service de l'Etat passe en première ligne et que les officiers du corps de santé des colonies doivent, si cela est nécessaire, y consacrer exclusivement tout leur temps. En outre, ils ne sauraient perdre de vue un seul instant qu'ils ont pour stricte obligation de se garder sévèrement de tout ce qui serait contraire à ce qui constitue l'honneur de l'état d'officier, de se montrer modérés dans la réception des honoraires et de ne jamais les solliciter ni les exiger judiciairement.

Ce que coutent les études médicales en Angleterre. — Le *British Medical Journal* vient de donner le compte de ce que peuvent coûter les études médicales à Londres :

Frais d'école et d'hôpital.	115 à 157 livres sterling
Frais d'étude pour la vaccination et les fièvres	4 livres, 4 shillings
Biologie et chimie.	6 — 6 —
Clubs.	8 — 8 —
Instruments, environ.	10 — 10 —
Droits de diplômes.	36 — 15 —

Cinq années de quarante semaines à 30 ou 40 shillings par semaine, soit 300 ou 400 livres pour les cinq ans.

Vêtements pendant cinq ans, 100 livres.

C'est donc une dépense de 587 livres, 9 shillings à 734 livres, 3 schillings que devra faire l'étudiant anglais, ce qui en monnaie française fait une somme, qui en chiffres ronds va de 3,000 à 4,000 francs par an. D'où le coût des études médicales doit s'élever en moyenne de 15,000 à 19,000 francs.

La croissance dans les deux sexes. — La *Science* publie un résumé des résultats obtenus au cours d'observations faites dans les écoles de Worcester (Massachusetts) sur les lois qui président au développement des diverses parties du corps chez les garçons et les filles.

Le nombre des sujets examinés a été de plus de 3,200, d'un âge variant de cinq à vingt et un ans. La longueur de la tête est moindre chez les filles pendant toute la période de croissance et conséquemment pendant toute la vie ; mais, au lieu de rester constante, la différence de longueur varie considérablement. Chez les filles, la plus grande longueur de la tête est atteinte vers la dix-huitième année ; chez les garçons, il faut aller jusqu'à vingt-et-un ans. La tête des filles est plus étroite que celle des garçons et la largeur présente, comme la longueur, des périodes alternatives d'accroissement et de constance. C'est à dix-sept ans que le visage est le plus large chez les filles et à dix-huit ans pour les garçons.

Pour la stature, les garçons sont plus grands à partir de cinq ans, mais de la septième à la neuvième année, les filles ont une croissanee à peu près égale, après quoi les garçons les dépassent encore pendant deux ans. Vers la douzième année, ce sont les filles qui ont la plus grande taille et elles restent les plus grandes jusque dans la quinzième année, à partir de laquelle les garçons reprennent définitivement l'avantage. Après dix-sept ans, la taille des filles ne paraît plus augmenter sérieusement, tandis que la croissance continue, vigoureuse, chez les garçons, jusqu'à dix-huit ans et au delà.

Les courbes des hauteurs de buste présentent les mêmes caractéristiques un peu plus accentuées que les courbes de la taille. Il en est de même des courbes de poids, quoique celles-ci présentent des différences moins marquées. C'est ainsi que la supériorité des

filles au point de vue du poids ne se maintient que pendant une période beaucoup plus courte que pour la taille. Les filles paraissent atteindre leur poids maximum à dix-sept ans, tandis que chez les garçons le poids moyen augmente jusqu'à un âge beaucoup plus avancé.

En résumé, les femmes atteignent leur plein développement avant les hommes. Pour toutes les mesures relevées, sauf pour le poids, les filles ont achevé leur développement vers leur dix-huitième année (*Revue scientifique.*)

La saisie-arrêt des appointements des médecins embarqués sur les paquebots. — Le tribunal civil de la Seine vient de rendre un jugement qui intéresse vivement ceux de nos confrères qui sont embarqués à bord des navires de commerce.

Les appointements d'un de ces confrères ayant été l'objet d'une saisie-arrêt, sa Compagnie déclara cette saisie-arrêt nulle, attendu qu'en vertu d'une ancienne ordonnance, les gages et salaires des *marins* faisant partie d'un équipage sont insaisissables. Restait la question de savoir si le médecin embarqué à bord d'un navire était compris dans ce mot de *marin*. Le tribunal a résolu cette question par l'affirmative et déclaré nulle la saisie-arrêt. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Nécrologie. — MM. les docteurs Batmale (de Saint-Ybars), Bégué (de Saacy), Villemen (de Gallargues), Vautier (d'Albertville), Ygonin (de Lyon), Zborosky (de la Cadière).

A. Métivier, ancien président du comité Gambetta, ancien conseiller municipal de Paris, médecin du dispensaire du vingtième arrondissement, chevalier de la Légion d'honneur.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Voici le classement, par ordre de mérite, des médecins auxiliaires de 2e classe qui viennent d'achever leur stage réglementaire dans les Écoles-annexes de médecine navale :

MM. 1. Laurent ; 2. Arnould ; 3. Mesny ; 4. Condé ; 5. Avérous ; 6. Brun-Bourguet ; 7. Poret ; 8. Lallemand ; 9. Barrau ; 10. Audibert ; 11. Normand ; 12 Damian ; 13. Traonoüez ; 14. Bavay ; 15. Hernandez ; 16. Giraud ; 17. Meslet ; 18. Reboul ; 19. Brugère ; 20. Lucas ; 21. Carbonel ; 22. Grimaud ; 23. Aubert ; 24. Durand ; 25. Prigent ; 26. Nouaille, 27. Nègre ; 28. Faucheraud ; 29. Reygondaud ; 30. Le Floch ; 31. Rapuc ; 32. Pellan.

Mutations dans le corps de santé :

M. le médecin en chef Ayme est appelé à servir à Marseille ;

MM. le médecin principal Rangé et le médecin de 1re classe Bannerot sont appelés à servir au Havre ;

M. le médecin-principal Cazes est appelé à servir à Bordeaux ;

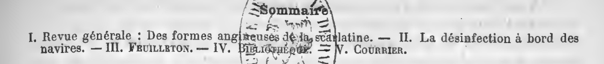
M. le médecin de 1re classe Guerchet est appelé à servir à Nantes ;

M. le médecin de 2e classe Ripoteau embarque sur le *Hoche.*

M. le médecin de 2e classe Madon, désigné pour embarquer sur le *Lion*, au Tonkin.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.



Sommaire

REVUE GÉNÉRALE

DES FORMES ANGINEUSES DE LA SCARLATINE

Depuis le temps où la scarlatine est devenue une entité clinique régulière séparée des autres fièvres éruptives, un certain nombre d'auteurs ont insisté sur l'espèce de malignité que prend la maladie quand elle localise ses coups sur la gorge. Sydenham, Huxham, Morton, Fothergill, (Noirot, *Histoire de la scarlatine*), ont les premiers donné de bonnes descriptions de cette localisation. Mais, quand Bretonneau eut créé la *diphtérite*, une réaction se fit, et, ne tenant compte que de l'élément *fausses membranes* que l'on trouve dans la gorge des scarlatineux atteints de la forme angineuse, les auteurs qui suivirent en vinrent à ranger cette forme angineuse dans une des variétés de la diphtérie. Bretonneau, cependant, avait établi une distinction. Mais ses élèves, dépassant le maître, Trousseau en particulier, de sa grande voix autorisée, avaient réuni ces deux entités pourtant si différentes. Les discussions nombreuses auxquelles prirent part successivement presque tous les pédiâtres de France et d'Allemagne n'amenèrent aucune conclusion et l'on se partagea en deux camps : les uns tenant pour la nature diphtérique de la forme angineuse de la scarlatine, les autres en faisant une angine pseudo-membraneuse particulière non diphtérique. C'est l'avènement de la microbie qui vint trancher la question. Les travaux remarquables de Lœffler, de Roux et Yersin, en rendant pratique la culture du bacille de la diphtérie, les recherches consciencieuses de Wurtz et Bourges, de Marie Raskin, etc., ont résolu le problème.

FEUILLETON

Pour et contre la Société d'autopsie

Le nom a quelque chose de macabre. De prime abord on dirait qu'il s'agit d'une de ces plaisanteries dont la jeunesse de nos Facultés fut coutumière jadis, à l'époque où nous étions jeunes, alors que les novices de l'ordre de l'Esculape débordaient d'une gaîté légendaire, comme s'il avait fallu dépenser en ces quelques années de libres études toute la dose d'exubérance et de joie dont les autres hommes ont coutume de répartir le débit sur la vie tout entière, mais dont les difficultés, les soucis, le poids de notre profession nous obligeaient à jouir très vite, sous peine de laisser ensuite inemployée toute la sève joyeuse inutilement ménagée. Aujourd'hui la médecine s'est transformée. On ne saurait nier qu'elle est encore un art, mais elle a surtout la prétention justifiée d'être, avant tout, une science. Ses futurs adeptes y voient peut-être moins le malade que la maladie. Le diagnostic y passe avant la thérapeutique. A nos cinq sens, seuls instruments des observations de jadis, nous avons substitué ou, pour mieux dire, nous avons

1° La scarlatine peut s'accompagner d'angine à fausses membranes dès le début de l'éruption. Ces fausses membranes persistent après l'éruption, s'accompagnent le plus souvent d'engorgement ganglionnaire, de fièvre élevée, d'un état général grave, — c'est l'angine pseudo membraneuse précoce de la scarlatine dans sa forme grave. Elle n'est jamais de nature diphtérique.

2° Un malade convalescent de scarlatine, sans fièvre depuis plusieurs jours, peut être atteint d'une angine à fausses membranes. Ces angines tardives sont de nature diphtérique.

Une seule exception à la première variété peut exister : c'est le cas, très rare, de coïncidence d'emblée de diphtérie et de scarlatine dans un milieu où règnent les deux affections.

Tels sont les résultats aujourd'hui acquis. Aussi, ne voulant pas revenir sur ces faits actuellement bien connus, nous n'étudierons dans l'angine pseudo-membraneuse précoce que les cas dans lesquels le syndrome angine prend assez d'importance en lui-même pour dominer le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Voici, en effet, les différentes variétés d'allures que peut présenter l'angine blanche de la scarlatine au début :

1° Un enfant est pris d'une scarlatine régulière, d'intensité moyenne. Un temps variable, mais assez court (un, deux, trois jours), après le début de l'éruption, l'enduit pultacé s'étend et prend l'aspect pseudo-membraneux. Cependant la maladie suit un cours régulier. Après l'éruption, sous l'influence de quelques irrigations, la gorge se nettoie et la température tombe assez vite (dès le cinquième ou le sixième jour) ; les ganglions n'ont pas été atteints et sans l'examen de la gorge rien n'aurait révélé l'existence de l'angine couenneuse.

2° Dans quelques cas, cependant, l'angine commence déjà à sortir du cadre de l'évolution normale de la scarlatine. Les fausses membranes sont plus tenaces, elles persistent plus longtemps ; il y a de l'engorgement ganglionnaire, mais les ganglions, toujours bien isolés, dépassent rarement le

---

ajouté peu à peu les appareils les plus perfectionnés de la physique, les réactifs les plus sensibles de la chimie et il semble que cette interposition d'instruments d'optique ou de cuisine entre nous et ceux qui nous confient leurs misères à soulager, ait émoussé (oh ! à peine, mais un peu cependant) l'exquise sensibilité d'âme de nos anciens. Le malade est moins près de nous ; le laboratoire a pris sa place au premier plan. Une part, très petite sans doute, minime assurément, de notre sollicitude et de nos soins est accaparée par l'entité morbide aux dépens apparents de l'entité souffrante. Nous sommes devenus surtout des microbolâtres. La mort nous préoccupant moins que les infiniments petits qui la donnent, nous avons moins besoin de cette « revanche contre notre perpétuelle préoccupation » d'autrefois, revanche qu'A. Daudet prétendait être la raison de cette gaîté si folle et si spéciale où se reconnaissaient alors les étudiants des facultés de médecine.

Ce n'est donc pas eux qui ont eu l'idée de cette Société si étrangement dénommée. Ils auraient eu soin, croyez-moi, tout sérieux qu'ils soient devenus, d'enlever à ce titre un peu de ce qu'il a de trop gravement lugubre en l'égayant de quelque épithète ironique. Je parierais volontiers qu'ils l'eussent appelée : « Société d'autopsie mutuelle ». Oui, je

volume d'une noisette et se localisent derrière l'angle de la mâchoire. Après la disparition de l'exanthème, la température au lieu de revenir à la normale reste encore élevée (38°5 le soir, 38° le matin). Cet état persiste pendant 3, 6 jours et lentement, par une courbe en lysis, la température revient à la normale ; il ne reste à l'enfant que quelques ganglions qui disparaissent d'ailleurs assez vite.

Cette deuxième variété est déjà un type anormal ; c'est un intermédiaire entre l'angine simple de la scarlatine et l'angine grave à fausses membranes.

Cependant, dans la gradation des faits, il existe un autre intermédiaire et cet intermédiaire, c'est le bubon scarlatineux suppuré ou non. Tandis que dans la variété précédente nous avons vu l'adénopathie ne pas dépasser les limites du ganglion, dans cette troisième forme on voit un groupe ganglionnaire d'un des côtés du cou, le plus souvent le groupe sous-maxillaire ou quelquefois les ganglions profonds de la région carotidienne, prendre très rapidement un volume considérable ; un empâtement périganglionnaire énorme se montre. La peau tendue et œdémateuse, qui conserve au début son aspect normal et qui ne montre que quelques grosses veines superficielles dilatées, ne tarde pas à présenter une rougeur diffuse qui n'est pas sans analogie avec celle de l'érysipèle. Cette grosse tumeur, siège de battements est très douloureuse, empêche le sommeil et gêne les mouvements du cou. La température se maintient très élevée le soir (près de 40°) avec de grandes rémissions matinales (38°, 38°5). La tuméfaction fait des progrès très rapides. En 48 heures, trois jours, elle atteint le volume du poing. Si, à ce moment l'on intervient — et l'on doit intervenir sans attendre la fluctuation — on trouve souvent avec peine dans l'intérieur d'un ou de quelques ganglions noyés dans cette masse empâtée une très minime quantité d'un pus séreux. A l'examen, ce pus ne contient habituellement que le streptocoque de l'érysipèle à l'état de pureté. La guérison est toujours lente ; cependant après l'incision et le drainage elle est la règle, que le bubon soit uni ou bilatéral.

---

crois très sincèrement qu'ils auraient ainsi modifié et amélioré le nom de l'association. Je suis persuadé en revanche qu'ils seraient restés, dans la rédaction des statuts et des considérations qui les accompagnent, très au-dessous des hommes plus âgés qui les ont écrits. Ils auraient facilement trouvé que l'habitude de se faire autopsier servirait grandement les intérêts supérieurs de la science, mais ils n'auraient pas songé aux grands avantages que les familles doivent en retirer. Ils sautent aux yeux, pourtant, du premier coup : « De quelle utilité ne serait-il pas pour elles (les familles) d'avoir à la mort de chacun de leurs membres un procès-verbal d'autopsie scientifique ? Les enfants, les parents du décédé, ainsi avertis des affections héréditaires qui les menacent, pourraient se mettre en garde contre elles. On arriverait, par là, à constituer une « hygiène préventive » même dès la vie embryonnaire ! Peut-être me trompé-je grossièrement, mais je vois mal les familles conservant avec un soin jaloux ces tristes et souvent peu flatteuses archives des tares héréditaires. Ce succédané très fin de siècle des parchemins d'antan, ne sera jamais, je le crains bien, du goût d'un grand nombre, et peu de gens se sentiront disposés à parodier ainsi une phrase célèbre : « Dans notre famille toutes les femmes sont hystériques et tous les hommes ont pris du mercure. »

Si l'on tarde à intervenir, un foyer purulent se forme, le tissu cellulaire périganglionnaire est envahi, décollé, des fusées purulentes pénètrent dans les différentes gaînes du cou ; l'incision donne alors issue à une assez grande quantité de pus, à des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé, et ce phlegmon diffus, profond, comporte un pronostic grave.

Mais dans cette évolution de l'adénopathie vers la suppuration, il peut y avoir des arrêts ; il n'est même pas rare de rencontrer des malades chez lesquels le bubon ne suppure pas ; mais alors cette adénopathie persiste très volumineuse, longtemps encore après la guérison de l'affection qui l'a fait naître.

Nous venons d'étudier la variété d'angine scarlatineuse grave qui s'accompagne d'une *lésion localisée* avec ou sans suppuration. Nous arrivons maintenant à l'étude de la forme angineuse proprement dite de la scarlatine, sur laquelle nous insisterons davantage.

Un malade est pris d'une éruption de scarlatine assez intense, mais son exanthème est en voie de disparition. Cependant, dès le début, l'état de la gorge a inquiété le clinicien ; dès le début, les amygdales, les piliers, les bords de la luette sont envahis par une production pseudo-membraneuse d'abord d'un blanc vif, qui, au bout de quelques jours, est remplacée par des détritus grisâtres reposant sur une série de petites ulcérations qui paraissent ronger le bord libre des piliers et creuser profondément les amygdales. De très bonne heure également, les ganglions cervicaux correspondant se prennent et cette adénopathie ne tarde pas à gagner l'ensemble des ganglions qui entourent la mâchoire inférieure et même quelquefois la totalité des ganglions du cou. Le plus habituellement existe en même temps un jetage nasal très abondant formé d'un pus séreux et peu épais. Cependant l'exanthème a disparu ; la desquamation commence sur le cou, l'extrémité supérieure du tronc, et la maladie, loin d'être terminée, va tous les jours en s'aggravant. La température, très élevée le soir, ne présente pas de grandes rémissions matinales (un demi à un degré, pas davantage). Malgré des lavages répétés l'apparence de l'isthme du gosier ne se modifie

---

Non, en toute franchise, les familles ne paraissent pas appelées à bénéficier beaucoup de cette accumulation de documents nécropsiques. On ne saurait dire jusqu'à quel point les cerveaux déjà si menacés de nos arrière-neveux n'en recevraient pas une suprême atteinte. Voyez-vous quelque débile rejeton d'une ascendance de névrosés, se plongeant dans la lecture de ces papiers domestiques et acquérant la certitude qu'aucun de ceux dont il est issu n'a échappé aux étreintes des désespérantes diathèses ! Quel encouragement ou quelle sauvegarde y trouverait-il pour lui-même ? Un écrivain puissant, dont le dernier livre a été le prétexte d'un des feuilletons de ce journal, a mis aux prises avec cette désolante étude des tares ancestrales, un homme qu'il a supposé doué d'une admirable organisation physique et morale ; or la logique des choses l'a conduit, en quelque sorte malgré lui, à montrer cet homme se déséquilibrant peu à peu, tombant lui aussi dans la névrose, versant à l'érotisme sénile et en mourant. Cela est d'une philosophie très grande et très vraie.

Laissons donc de côté l'intérêt des familles qui n'a rien de commun avec la prospérité de la Société d'autopsie. Si seulement la science y devait trouver un sérieux profit, ce serait assez pour légitimer notre « intervention de propagande »

pas. L'haleine est fétide; le jetage nasal augmente et détermine souvent des excoriations du bord libre des narines et de la lèvre supérieure. L'adénopathie cervicale fait encore des progrès; les régions sus-hyoïdienne et parotidienne sont soulevées par d'énormes masses ganglionnaires; un œdème considérable accompagne cette adénopathie dont l'intensité n'est pas sans analogie avec celle de l'angine diphtérique toxique. Cependant le facies est moins mauvais que dans cette dernière affection; ce n'est point la teinte plombée, l'adynamie et l'anémie profondes de la diphtérie toxique; le scarlatineux atteint de la forme angineuse présente plutôt l'aspect d'un malade atteint de fièvre continue. Si on examine les divers appareils, on ne trouve le plus souvent que de l'albuminurie, dont l'intensité est variable d'ailleurs.

Cet état persiste sans changement appréciable pendant plusieurs jours; la fièvre reste toujours élevée et la maladie va évoluer alors soit vers la guérison, ce qui est le plus rare, soit vers une terminaison fatale.

Dans ce dernier cas, l'adénopathie fait encore des progrès; la peau, d'abord de coloration normale, devient rougeâtre, puis livide; malgré un traitement énergique l'état de la gorge reste stationnaire; souvent même une otite aiguë suppurée, uni ou bi-latérale vient témoigner de l'infection générale de tout le pharynx et des conduits qui y aboutissent. Le malade maigrit, présente souvent du délire nocturne; il a de plus en plus de difficulté à s'alimenter. En même temps la quantité des urines diminue progressivement et elles contiennent un nuage épais d'albumine. Le foie devient gros et déborde de trois ou quatre travers de doigt le rebord des fausses côtes; la rate est également volumineuse. Malgré l'élévation considérable de la température et la longue durée de cette hyperthermie, le cœur et les poumons continuent souvent à fonctionner régulièrement.

Après un temps fort long, qui peut atteindre dix, quinze, vingt jours, le malade finit par succomber aux progrès de l'infection sans que rien de particulier ne soit survenu pour modifier la scène, si ce n'est, dans quelques cas, à la période terminale, des convulsions. Si, dans les derniers temps,

---

quelqu'étrange et funèbre qu'en soit l'objet. Mais, sur ce point encore, j'ai des doutes.

L'examen et l'étude de cerveaux ayant appartenu à des hommes illustres ou seulement très connus, tels Bichat, Cuvier, Gambetta, Broca, etc., sont incontestablement d'un intérêt et sans doute d'un intérêt de premier ordre, mais combien ceux-là sont rares! Or, les autres, qu'ils soient anonymes ou qu'on ait sur les gens à la vie desquels ils ont présidé des notions plus ou moins vagues et sincères, ne fourniront jamais que des documents d'une égale banalité, quelles lumières peut-on espérer qu'apportent à des travaux de ce genre, ces « autobiographies psychologiques » que les membres de la Société sont engagés à rédiger eux-mêmes. On s'accuse malaisément de ses défauts, on avoue moins volontiers encore ses infirmités. Que dis-je! on ne les avoue pas! bien plus, on les ignore. D'une acuité visuelle très supérieure à la normale quand il s'agit d'apercevoir la paille dans l'œil d'autrui, nous sommes amblyopes jusqu'à l'amaurose quand c'est la poutre qu'il nous faut découvrir dans notre propre pupille. Toute question de franchise et de sincérité mise à part, il y a là un vice rédhibitoire de notre organisation morale qui ôte d'avance à ce genre de renseignements presque toute valeur. V_ce heureux, du reste, *felix culpa*, car sans lui la vie serait un universel supplice et le

espérant trouver du pus on incise les masses ganglionnaires, il ne s'écoule qu'un peu de la sérosité infiltrant le tissu cellulaire du cou ; les ganglions ne contiennent pas de pus ; quel que soit le nombre des incisions, quelle que soit la profondeur à laquelle on cherche avec la sonde cannelée, on ne peut trouver une goutte de pus. Si l'enfant survit assez longtemps après ces incisions, les lèvres de la plaie loin de bourgeonner, présentent au contraire un aspect noirâtre et presque gangréneux. L'incision, d'ailleurs, ne suppure pas.

Parmi les complications qui peuvent encore hâter la terminaison fatale, il faut signaler aussi une sorte d'œdème de la glotte produisant un tirage sous-sternal, qui a pu dans certains cas faire faire la trachéotomie, opération le plus souvent inutile dans ces cas, et qui ne sert qu'à hâter la mort.

Dans les cas, au contraire, ou la maladie tend à évoluer vers la guérison, après une période incertaine, la gorge finit par se déterger ; le jetage nasal diminue ; les ganglions du cou peuvent être isolés au milieu de la masse unique qu'ils constituaient d'abord ; la température baisse lentement ; le foie n'augmente pas de volume, l'albuminurie diminue puis disparaît, le malade finit après un temps souvent fort long — quelquefois plusieurs semaines — par entrer dans une convalescence toujours difficile. Il es maigre, d'une maigreur qui rappelle celle des typhiques, pâle, dénourri, et il conserve pendant longtemps encore des ganglions cervicaux volu mineux.

Telle est la forme angineuse proprement dite de la scarlatine, forme qui, nous espérons l'avoir démontré par l'étude des phénomènes locaux, mérite le nom qu'on lui a donné depuis longtemps. Nous ferons remarquer ici que, d'une façon bien différente de la variété précédente, le streptocoque de l'érysipèle seul ou associé, agent pathogène de ces différentes lésions, n'amène pas de suppuration ganglionnaire.

Le diagnostic des variétés d'angines scarlatineuses, à l'aide des commémoratifs, avec la connaissance de l'éruption, l'aspect particulier de la gorge, dépouillée et ulcérée, la desquamation de la langue, la desquama-

---

monde ne serait plus peuplé que de deux classes d'hommes également désespérées ; la mélancolie et l'hypochondrie se partageraient en souveraines maîtresses l'humanité tout entière.

Dans le plan d'examen de conscience proposé par la Société d'autopsie à ses futurs adhérents, il y a toute une série de débilités intellectuelles dont personne ne voudra reconnaître avoir été affligé. A la rigueur, on convient sans trop de peine qu'on n'a pas la vue perçante de l'aigle ou l'odorat subtil d'un épagneul d'Espagne, mais les sourds se font déjà tirer l'oreille pour confesser qu'ils ont l'ouïe un peu dure, et nous avons tous vu quelque confrère, auquel il fallait pour s'en faire entendre parler très haut et de très près, ausculter sans rire ses malades et leur trouver les souffles les plus doux, les plus légers et les plus fugaces. Vous pourrez peut-être savoir assez exactement que tel sociétaire était droitier et tel autre gaucher ; mais personne, bien certainement, ne voudrait se dire ambidextre depuis que Malgaigne a déclaré que ceux-là étaient gauchers des deux mains.

Si, des qualités purement physiques nous passons aux facultés intellectuelles, les difficultés s'accroissent encore. Je ne nie pas qu'on ne puisse d'emblée attribuer une mé-

tion cutanée si particulière de la scarlatine, le diagnostic, disons-nous, est habituellement facile, tant à la période du début qu'à une période déjà avancée de l'affection. Si l'on a des doutes sur la nature de cette angine blanche, une culture sur sérum permet en 24 heures d'être fixé et de savoir si l'on n'a pas affaire à une diphthérie compliquant la scarlatine au début, à la période des angines pseudo-membraneuses précoces — cas très rares.

Quant au diagnostic avec la diphtérie toxique qui ne manque pas d'analogies avec la variété grave de la forme angineuse de la scarlatine, — analogies qui s'expliquent depuis les recherches récentes de Grancher, Barbier, etc., qui font du streptocoque de l'érysipèle associé au bacille de Lœfler l'agent pathogène de cette diphtérie toxique, — le diagnostic sera ordinairement facile en dehors de tout examen bactériologique, en se basant sur les faits cliniques suivants :

1°) L'élévation de la température, toujours beaucoup plus marquée dans la forme angineuse que dans la diphtérie ;

2°) La persistance de l'élévation thermique qui rappelle dans sa courbe celle d'une fièvre typhoïde à la période d'état ;

3°) La durée même de l'affection, qui évolue beaucoup plus vite dans la diphtérie toxique où la mort survient dès les premiers jours ;

4°) L'absence, dans la forme angineuse de la scarlatine, de cette adynamie et de cette anémie profondes que présentent d'emblée et à un si haut degré les malades atteints de diphtérie toxique.

Le *pronostic* de la forme angineuse de la scarlatine est toujours des plus sombres. Dans une statistique portant sur un certain nombre de cas observés cette année à l'hôpital Trousseau, nous n'avons vu la guérison survenir que dans un quart des cas environ, et, d'une façon générale, nous croyons pouvoir dire que, dans la mortalité totale de la scarlatine, chez les enfants du moins, c'est à la forme angineuse que revient la plus grosse part de décès. On peut mourir d'une scarlatine maligne d'emblée à la période d'éruption, on peut mourir d'une néphrite scarlatineuse, ou d'une

---

moire prodigieusement tenace aux personnes qui se souviendront si elles ont appris à lire et à écrire facilement et rapidement, mais le nombre de ces privilégiés de Mnémosyne sera infiniment restreint et les réponses sur ce point spécial risquent d'être trop clairsemées pour qu'on l'élucide jamais. Cela, dites-vous, ne fait pas de difficulté. Eternelle comme Dieu, la science doit être patiente comme lui et elle peut attendre.

D'accord, pourvu qu'elle n'attende pas des choses qu'il est de toute impossibilité de voir se produire. Aucune puissance ne ferait que la somme de deux quantités soit inférieure à l'une d'entre elles ; des générations d'observateurs s'userait à examiner des bâtons sans en trouver un seul qui n'ait pas deux bouts : des races entières de chercheurs se succèderont sans rencontrer un homme, à moins qu'il ne soit fou, qui certifie par écrit, de son plein gré, que les sensations ne développent chez lui les idées qu'avec une certaine lenteur; qu'il ne saisit pas sans difficulté les idées transmises par la parole ou l'écriture ; qu'il ne s'exprime qu'en un galimatias confus et qu'il a le désagrément, lorsqu'il parle, de paraître avoir la bouche emplie de bouillie.

Il serait superflu d'ajouter, en guise de conclusion, que je ne me propose point de devenir un des membres de la Société d'autopsie. Mais si je ne l'aime point pour moi,

complication par suppuration ; la forme angineuse, à notre avis, tue aussi souvent, si ce n'est plus, que ces diverses complications réunies. Au point de vue du pronostic, nous voulons seulement insister sur ce fait que l'augmentation du volume du foie aggrave considérablement ce pronostic, en indiquant une grosse lésion hépatique que l'on retrouve d'ailleurs à l'autopsie.

A l'autopsie des malades morts de forme angineuse de la scarlatine on trouve, en effet, des lésions localisées à la gorge et des lésions infectieuses généralisées.

Localement les amygdales présentent des exulcérations qui sont d'ailleurs difficiles à voir après la mort; les ganglions cervicaux sont tuméfiés ; ces ganglions ont une couleur gris rougeâtre ; ils sont très friables, mais nulle part on ne trouve de pus ; un œdème périganglionnaire, souvent très étendu laisse suinter, à la coupe des différentes couches du cou, de la sérosité citrine. Comme lésions générales le foie est volumineux, mou, il présente des plaques de décoloration, souvent une transformation graisseuse de toute une portion de lobe et, par places, des congestions péri lobulaires très accentuées et même de véritables extravasations sanguines. La rate est grosse et diffluente ; les reins sont très volumineux ; la substance corticale est jaune, décolorée ; elle tranche vivement sur la teinte rouge violacée des pyramides ; la capsule s'enlève facilement. Le cœur et les poumons, au milieu de ces lésions d'infection générale, restent le plus souvent normaux.

Quant à la cause de la forme angineuse de la scarlatine, il paraît démontré aujourd'hui, par les travaux récents de Wurtz, Bourges, Marie Raskin, etc., qu'elle est due au streptocoque de l'érysipèle, venant ajouter à l'agent encore inconnu de la scarlatine une infection secondaire. Que l'on ensemence, en effet, sur gélose en stries, les fausses membranes de la gorge, le suc des ganglions du cou, les pulpes du foie et de la rate, le sang du cœur, on retrouve presque toujours dans *tous* ces organes le streptocoque de l'érysipèle, à l'état de pureté et très virulent.

---

je ne voudrais en dégoûter personne et, pour preuve, je vais vous exposer, en terminant, les avantages, qu'à défaut de la science ou des familles, les sociétaires y trouveront pour eux-même. Il n'y en a guère que deux ; à la vérité ils sont inappréciables ; c'est « une sauvegarde contre l'inhumation prématurée en cas de mort apparente et une garantie en vue de... la crémation. »

Je me parerais bien malhonnêtement des plumes du paon si je laissais croire que c'est moi qui les ai découverts.

FORMULAIRE

Ipéca contre les morsures d'insectes.

Poudre d'ipéca........................	ââ 15 grammes.
Alcool..................................	
Ether sulfurique........................	

à appliquer sur les parties malades.

Il nous reste maintenant à dire deux mots du traitement. Il doit d'abord être prophylactique. A tous les scarlatineux et dès le début de la maladie, il est indispensable de faire des irrigations phéniquées à 1/100 dans la gorge et les fosses nasales. L'eau phéniquée à 1/100, malgré sa toxicité, nous semble devoir être préférée, même chez les enfants, aux autres antiseptiques, en particulier à l'eau boriquée, à la condition toutefois que les irrigations soient bien faites. Il faut, en outre, faire des irrigations qui balayent et nettoient et non pas de simples gargarismes. C'est la seule façon de diminuer, d'une manière très notable, dans un pavillon de scarlatine, le nombre des formes angineuses. Les attouchements avec les différents antiseptiques en solution concentrée, nous paraissent plus nuisibles qu'utiles.

Quand la forme angineuse de la scarlatine est confirmée, le traitement local est le même, mais l'on doit s'efforcer de lutter contre l'infection générale. La médication alcoolique, le sulfate de quinine à petites doses, l'extrait de quinquina, l'acide salicylique, etc., pourront trouver leurs indications; nous préférons, cependant, à ces différents agents, tous plus ou moins toxiques, la méthode de lutte contre l'infection générale par la balnéation froide à 20 degrés, répétée quatre à cinq fois dans vingt-quatre heures. Quelques résultats heureux obtenus dans une affection si grave, par ce traitement, nous paraissent devoir encourager dans cette voie.

La désinfection à bord des navires

On embarque aujourd'hui des étuves à vapeur sous pression à bord de tous les transports qui prennent des passagers et en particulier sur ceux qui font les voyages de l'Extrême-Orient. Les rigueurs des quarantaines ont été atténuées pour les navires qui, ayant une étuve et un médecin, peuvent exécuter les désinfections nécessaires pendant leurs traversées. Les navires de l'État ne courent pas les mêmes dangers, les maladies infectieuses y sont de rares exceptions, aussi n'ont-ils pas été jusqu'ici munis de ces précieux appareils. Il y a déjà tant de machines à bord, il y reste si peu de place qu'on ne peut guère songer à y introduire une nouvelle cause d'encombrement; mais on peut les remplacer à l'aide des ressources du bord et par l'emploi de la vapeur sous pression empruntée aux chaudières motrices elles-mêmes.

On a expérimenté ce moyen il y a quelques mois, à bord du *Courbet*, avec un succès complet. Il est si simple et si facile que nous n'hésitons pas à donner *in extenso* le procès-verbal de cette opération, parce qu'il peut servir de modèle et qu'on pourrait, le cas échéant, agir de même à bord des navires de même espèce.

Note sur un moyen employé à bord du Courbet *le 22 janvier 1893, pour désinfecter le linge et la literie d'un malade qui venait d'être envoyé à l'hôpital comme atteint de fièvre scarlatine.*

Le *Courbet* ayant toujours pour le service de ses machines auxiliaires une de ses 12 chaudières sous la pression de 4 kilos, on vida l'eau contenue dans une chaudière voisine de celle en action, on ouvrit le trou d'homme, on introduisit le linge, les draps, le matelas et le cadre (préalablement démonté) qui avaient servi au malade, après avoir enveloppé ces objets dans de la fourrure pour éviter leur contact avec les tirants toujours plus ou moins oxydés de la chaudière et l'on referma le trou d'homme. On ouvrit alors, petit à petit, la communication du coffre de vapeur de cette chaudière avec celui

de la chaudière voisine en action et on veilla les manomètres des deux chaudières avec soin. Celui de la chaudière vide resta stationnaire à zéro pendant près d'un quart d'heure, temps pendant lequel la vapeur introduite se condensait au contact des tôles froides, puis il monta doucement et graduellement. Lorsqu'il fut arrivé à 2 kilos de pression absolue, ce qui indiquait que la vapeur introduite se trouvait d'une température de 120°6, c'est-à-dire plus que suffisante pour le but que l'on se proposait, on régla l'introduction de façon à maintenir cette pression et par conséquent cette température pendant 20 minutes, puis on ferma la communication entre les deux chaudières et on évacua petit à petit à l'air libre la vapeur de la chaudière qui avait servi d'étuve. Le lendemain, lorsque cette chaudière fut refroidie, on ouvrit le trou d'homme et on retira les effets, qui furent trouvés en bon état de conservation et qu'on mit à sécher.

La laine du matelas sera cardée à nouveau et il semble qu'elle sera susceptible encore de faire un bon usage.

Ce moyen de désinfection qu'on n'a peut-être jamais employé, serait généralement d'une application facile sur les navires à vapeur et pourrait être fort utile en cas d'épidémie, sur les bâtiments qui n'ont point d'étuves.

Les différentes formules d'élixir parégoriqne

L'élixir parégorique est à juste titre un médicament très employé contre les flux diarrhéiques saisonniers et quand une région est sous une mauvaise influence, quand on craint l'apparition du choléra, ce médicament très recommandé par les praticiens est souvent à la portée de tous, il n'est pas une famille qui n'en ait un petit flacon. Or, les formules varient et même dans des proportions assez considérables.

Le vieil élixir parégorique de Dublin ou du Codex est ainsi composé :

Extrait d'opium.	3 grammes
Acide benzoïque.	3 —
Huile volatile d'anis . . .	3 —
Camphre.	2 —
Alcool à 60 degrés. . . .	650 —

Dix grammes de cette teinture renferment donc 5 centigrammes d'extrait d'opium et c'est cet élixir qui est donné par tous les pharmaciens lorsqu'il n'y a rien de spécifié sur l'ordonnance.

Or l'élixir parégorique le plus employé aujourd'hui est fait suivant une formule de C. Paul, que voici :

Teinture d'extrait d'opium. . .	60 grammes
Acide benzoïque	2 —
Teinture de cannelle.	5 —
Vin de madère	40 —
Essence d'anis.	xxv gouttes

et un gramme ou XX gouttes de cette teinture représentent 5 centigrammes d'extrait d'opium ce qui, comme on le voit, établit une certaine différence.

Enfin, il existe encore une troisième formule, c'est l'élixir parégorique de New-York ;

Opium.	3 gr. 88
Acide benzoïque . .	3 gr. 88
Camphre.	2 gr. 58
Essence d'anis . . .	3 grammes
Safran	2 —
Alcool à 60 degrés .	945 —

Certains formulaires, come l'Agenda médical par exemple, ne font pas mention du vieil élixir parégorique de Dublin ou du Codex et ne mentionnent que celui de C. Paul et celui de New-York.

Comme on le voit, il est important pour savoir à quoi s'en tenir, d'indiquer sur l'ordonnance celui des élixirs parégoriques qu'on a l'intention d'administrer.

COURRIER

Que l'*Intransigeant*, dans un de ses mauvais articles, prenne à parti M. Brouardel pour trouver l'occasion de parler encore de Cornelius Herz, le doyen de la Faculté de Paris est heureusement bien portant et ne sera pas le dernier à en rire, mais que le *Figaro*, sur une tombe à peine fermée, fasse de l'esprit aux dépens *du profil césarien* d'un des plus grands médecins du siècle, faisant remarquer que sa mort a précédé celle de son malade, et, dans une insinuation difficile à qualifier, raconte que la plus belle couronne déposée sur le char funèbre était envoyée par la famille du banquier véreux, c'est tout au moins du dernier mauvais goût, et qui plus est, de la dernière des inexactitudes en fait de reportage.

Charcot est allé à sa dernière demeure sans une seule fleur sur son cercueil. Ses volontés ont été strictement exécutées.

— Le docteur Beaurieux, dans un récent article de la *Gazette des hôpitaux*, met en garde nos jeunes confrères contre les affiches alléchantes qui annoncent comme vacantes des clientèles fort rémunératrices. Très souvent il s'agit d'un village qui n'a pas de médecin et en voudrait un sans se demander s'il aura de quoi vivre par l'exercice de sa profession. C'est aussi parfois une municipalité qui, par haine politique ou autre, cherche à faire tort aux médecins ou même au seul médecin qui existent déjà dans la localité. L'auteur appuie son assertion d'exemples fort probants et termine en conseillant aux jeunes médecins, en pareils cas, de s'adresser aux présidents ou aux secrétaires des Sociétés médicales voisines.

Legs Alberto Lévi. — L'Académie des sciences est autorisée à accepter le legs que lui a fait M. Alberto Lévi d'une somme de 50,000 francs, à la condition de remettre les revenus de ladite somme, placés en rente 3 p. 100, à l'Institut Pasteur, pour poursuivre les études et expériences sur le microbe de la diphtérie.

L'Institut Pasteur est également autorisé à recevoir le legs ci-dessus aux conditions imposées par le testateur.

Budget des facultés de médecine. — Les recettes s'élèveront en prévision, pour l'année 1893, à 820,000 francs, y compris une subvention de 662,000 francs fournie par l'Etat 291,000 francs pour la Faculté de Paris, 90,000 francs pour celle de Lyon, 82,000 francs pour celle de Montpellier, 172,000 francs pour celle de Bordeaux, 53,000 francs pour celle de Lille, 48,000 francs pour celle de Nancy). L'Ecole supérieure d'Alger recevra 25,000 francs.

Traitement de la syphilis et sociétés de secours mutuels en Allemagne. — Un grand nombre de sociétés de secours mutuels d'Allemagne refusent, en vertu de leurs statuts, tout secours à ceux de leurs membres atteints de maladie vénérienne. Est-ce assez grotesque ?

Les ministres prussiens de l'intérieur, de l'hygiène et du commerce se sont entendus pour inviter ces sociétés à accorder à leurs adhérents atteints d'infections vénériennes, les soins médicaux et les médicaments nécessaires à leur guérison. Ils insistent sur l'utilité qu'il y a au point de vue de l'hygiène publique à assurer la prompte guérison de ces malades. Nous ajouterons qu'un syphilitique est un malade tout comme un autre.

Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux de Marseille. — Le lundi 4 décembre 1893, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour 3 places d'élèves internes.

Le lundi 18 décembre 1893, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour 20 places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des Hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats pour le premiers concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

Epreuves du premier concours : 1. Préparation anatomique.

2. Question d'anatomie et de physiologie (épreuve orale).

3. Pathologie médicale et chirurgicale (épreuve écrite; deux questions).

4. Rédaction de deux observations, l'une de médecine, l'autre de chirurgie.

5. Trois questions dites de garde à traiter de vive voix : chirurgie, médecine, pathologie spéciale (accouchements et syphilis).

Epreuves du deuxième concours : 1. Anatomie (Ostéologie Myologie) (épreuve orale).

2. Pathologie chirurgicale élémentaire (épreuve écrite).

3. Bandages et petite chirurgie.

Après le rapport du Jury d'examen, la Commission administrative nommera les élèves.

Les élèves nommés entreront en exercice le premier janvier 1894.

La fin de leur exercice est fixée au 31 décembre 1897 pour les internes, et au 31 décembre 1896 pour les externes.

Les élèves internes seront logés, nourris, éclairés et chauffés dans les hôpitaux.

Ils recevront un traitement de :

La première année..........................	360 francs
La deuxième année.........................	420 »
La troisième et la quatrième année.......	480 »

Les étudiants en médecine étrangers à Marseille, qui viendront prendre part au Concours de l'Internat recevront de plus une indemnité de voyage réglée comme suit :

Les frais de voyage pour l'aller (2e classe), seront remboursés aux étudiants nommés élèves internes.

Les frais de voyage pour l'aller et le retour (2e classe) seront payés à l'étudiant étranger qui arrivera le premier après les élèves nommés internes.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

L'*Union médicale* vient de perdre le dernier survivant de ses trois fondateurs et notre premier devoir est d'adresser en notre nom et en celui de nos lecteurs, l'expression de nos plus vifs et de nos plus affectueux regrets à notre directeur, le continuateur de l'œuvre de son père.

Gustave Antoine RICHELOT vient de mourir dans sa 87[me] année, après deux ans de cruelles souffrances que seuls ont pu adoucir les soins d'une épouse aussi vaillante que dévouée et la présence d'un fils tendrement aimé.

Il a tenu une telle place dans le journalisme et dans la science française que nous ne faisons que lui adresser aujourd'hui un dernier adieu, nous proposant, dans un prochain numéro, de retracer cette figure aussi intéressante par ses côtés fins et érudits que par ses qualités solides et originales.

E. R.

HYGIÈNE

Le travail intellectuel

Le travail est la loi de l'humanité. Pour les sociétés, comme pour les individus, il est la condition essentielle du bien-être, de la moralité, du bonheur, en donnant à ce mot son acception la plus large.

L'hygiène elle-même n'est qu'un résultat du travail intellectuel, qui en a découvert les conditions, et du travail physique, qui les réalise. Ces deux formes du labeur ont leurs lois spéciales, mais elles offrent aussi des caractères communs. Toutes deux entraînent une dépense, une usure d'éléments organiques que l'alimentation doit réparer, toutes deux ont pour conséquence la fatigue et le besoin de repos ; toutes deux enfin doivent être soumises à des règles que nous allons indiquer en commençant par le travail intellectuel.

L'exercice de la pensée est involontaire et incessant pendant la veille. La vue des objets extérieurs, les réflexions qu'ils provoquent, tout ce qui frappe nos sens, devient la source d'idées qui se présentent à l'esprit, le traversent, y éveillent des souvenirs, y provoquent des comparaisons, puis s'effacent pour faire place à d'autres impressions tout aussi fugitives. Ce fonctionnement passif du cerveau n'est pas le travail. Celui-ci commence lorsque la volonté fixe la pensée sur un point, l'y applique et l'y maintient malgré elle. Entre ces deux manifestations de l'intelligence il y a la même différence qu'entre voir et regarder. Le travail intellectuel pourrait être défini : l'action cérébrale guidée par la volonté. Comme tout phénomène actif, ce labeur doit être maintenu dans de justes limites.

Le surmenage intellectuel a ses dangers comme l'autre.

L'excitation habituelle du cerveau réagit sur toute l'économie et en trouble les fonctions. Sous l'influence d'une tension d'esprit continuelle, l'appétit disparaît, les digestions deviennent paresseuses, l'hématose elle-même languit par l'immobilité à laquelle le corps est condamné et par la sédentarité que le travail intellectuel exige. Le corps s'amaigrit, le visage pâlit et les forces physiques diminuent; mais c'est sur le système nerveux que cet abus de la pensée réagit le plus vivement. Il le rend mobile, excitable; le caractère s'aigrit, devient morose. Les travailleurs acharnés arrivent à l'indifférence pour tout ce qui n'est pas l'objet de leurs études, ou donnent au contraire des marques d'une impressionnabilité démesurée. Absorbés par leurs pensées, ils s'isolent volontiers, fuient la société des autres hommes, évitent les distractions et finissent parfois par tomber dans l'hypochondrie, qui n'est que le début de perturbations cérébrales dont la folie est parfois le terme. Les annales de l'aliénation mentale en font foi. D'autres fonctions s'altèrent en même temps, des maladies organiques surviennent à la suite, et c'est ainsi que s'éteignent tant d'intelligences d'élite.

Le surmenage intellectuel est surtout à redouter aux âges extrêmes. Il est meurtrier chez l'enfant; il est dangereux chez le vieillard. A cet âge, la mémoire et l'imagination ont notablement faibli; la faculté de produire n'a pas diminué dans la même proportion, mais elle s'est modifiée. Le vieillard peut continuer à se livrer aux travaux dont il a acquis l'habitude; son expérience, sa raison, mûrie par de longues réflexions, lui donnent même une compétence et une autorité qui manquent à la jeunesse; mais il est inhabile à aborder de nouveaux sujets d'étude et il arrive un moment où il ne fait guère que se répéter; et puis il se fatigue vite. L'homme qui dans sa jeunesse pouvait facilement supporter six ou sept heures d'études consécutives est obligé de se reposer toutes les deux ou trois heures; il ne peut plus guère travailler que le matin; les veilles laborieuses lui sont interdites et, s'il brave ces avertissements de la nature, il joue gros jeu. Je sais qu'il n'en est pas ainsi pour tout le monde. Je connais des savants, des écrivains, qui ont conservé, dans un âge très avancé, toute leur faculté de travail, toute leur sève et toute leur puissance; mais ces personnalités brillantes sont rares, et ce n'est pas aux natures d'élite, aux organisations exceptionnelles que s'adresse l'hygiène, elle est faite pour le commun des mortels.

Les gens qui vivent par la pensée ont de la tendance à négliger le reste. Ils oublient trop facilement que, lorsqu'on veut voyager loin, il faut ménager sa monture, que le cerveau ne peut pas fonctionner d'une manière normale quand l'organisme souffre et que la nutrition languit.

La première condition pour l'homme de cabinet, comme pour l'ouvrier, c'est de ne pas dépasser la mesure de ses forces et de se fixer une limite.

Les huit heures de travail quotidien, au nom desquelles il se fait un mouvement si bruyant dans les classes ouvrières, pourraient être adoptées comme moyenne par les travailleurs intellectuels. Le labeur de la pensée fatigue davantage et use plus vite que celui des bras; il réclame plus de sommeil et, à dose égale, il se supporte moins longtemps. Le savant, l'homme de lettres, ne connaissent ni le repos hebdomadaire, ni le chômage des jours fériés, et peu de gens sont capables de fournir une moyenne de huit heures de travail vrai, actif, fécond, sans arriver au surmenage.

L'heure de la journée qui convient le mieux à ce genre d'occupation varie suivant les individus et surtout suivant les âges. Les jeune gens préfèrent le travail nocturne ; ils peuvent impunément prolonger leurs veilles studieuses, et le calme, le silence de la nuit, leur paraissent préférables à l'agitation du jour. A cette heure où tout repose, ils n'ont pas la crainte d'être dérangés, ils ont devant eux un temps que rien ne limite. Si le sujet demande qu'on s'y arrête plus longtemps, si l'inspiration est venue, on peut lui donner carrière, jusqu'à ce que le souffle s'éteigne ; on est quitte pour se coucher plus tard. Les hommes âgés, au contraire, aiment à se coucher de bonne heure et à se lever de grand matin. Le soir, la fatigue de la journée les accable et la veille leur est interdite par l'affaiblissement de leur vue et la fatigue que leur cause la lumière artificielle. Le matin, au contraire, ils sont frais, dispos, et retrouvent, pour quelques heures, leurs aptitudes d'autrefois. Le milieu du jour convient moins aux études suivies. C'est la partie de la journée qu'absorbent les affaires et les occupations courantes ; celle où on a le plus de chances d'être dérangé.

L'exercice est indispensable aux gens de cabinet, il est le contrepoids de leurs occupations sédentaires, le correctif de cette existence anormale. Il faut savoir se l'imposer et le doser comme un remède. Les exercices violents ne sont pas ceux qui conviennent en pareil cas; la fatigue qu'ils occasionnent ne permet pas de se livrer ensuite à l'étude; c'est la promenade au grand air qui remplit le mieux le but qu'il faut se proposer. Je ne prétends pas condamner l'équitation, l'escrime, ni même la vélocipédie à laquelle nombre de jeunes savants se livrent aujourd'hui ; je ne blâme ni les haltères ni même le trapèze à ceux qui ont encore assez de souplesse pour évoluer autour de la barre transversale ; mais les conseils que je donne s'adressent surtout aux hommes d'un âge mûr. Dans la première moitié de l'existence, la vie exubérante qui s'agite en nous permet de supporter, sans trop de dommages, une foule de choses qui deviennent fatales plus tard. C'est l'heure de la vie où tout se répare; dans la seconde moitié et surtout à la fin, toute perte est définitive.

C'est une erreur de croire qu'on peut compenser l'abus du travail par un excès de fatigue physique, qu'une heure ou deux d'un exercice violent peuvent détruire les effets d'une journée de labeur intellectuel. Le surmenage musculaire n'annule pas l'autre, il s'y surajoute. C'est une double dépense qui épuise l'économie, loin d'y établir un juste équilibre. Il faut d'ailleurs des organisations singulièrement vigoureuses et privilégiées pour pouvoir se livrer d'une manière fructueuse à un travail un peu aride, après une longue course à cheval ou en vélocipède. En général, on est rompu et on s'endort sur sa table de travail.

L'exercice hygiénique, c'est la promenade; elle convient surtout après les repas. C'est une règle absolue de ne jamais se livrer au travail en sortant de table. Tant que la digestion n'est pas terminée, on l'entrave en faisant fonctionner son cerveau et l'on ne fait que de mauvaise besogne. Il faut, suivant l'âge et le tempérament, de deux à trois heures de repos après les principaux repas, et ce temps peut être consacré aux courses en ville, aux affaires, aux relations sociales, aussi bien qu'à la promenade. De cette façon, en tenant compte des heures de repos, on arrive à se conformer à peu près à la règle des trois 8, adoptée en Amérique pour l'âge de l'éduca-

tion, et à faire trois parties égales de sa journée : l'une pour le sommeil, l'autre pour le travail, la troisième pour tout le reste.

Huit heures de sommeil paraîtront à beaucoup de gens une exigence exagérée ; mais il faut tenir compte du temps perdu. C'est huit heures de séjour au lit que j'indique, et il y a la part de l'insomnie. Chacun, d'ailleurs, a pour cela sa mesure ; mais la règle absolue, c'est de ne pas marchander avec le besoin de sommeil. Lorsqu'on s'obstine à veiller quand même, on ne fait que de mauvaise besogne et on arrive vite à l'épuisement.

Les pauvres jeunes gens qui se sont attardés et qui veulent se rattraper à la veille d'un concours, croient y parvenir en prenant sur leur sommeil, mais ils sont à un âge où on dormirait sur un baril de poudre.

Ni les tasses de café prises coup sur coup, ni l'air frais entrant par la fenêtre ouverte, ne parviennent à les tenir éveillés ; ils s'endorment debout et arrivent, au bout de quelque temps, à une impuissance radicale. Il est encore moins dangereux de se priver de nourriture, pour ne pas subir le repos nécessité par la digestion, que de se priver de sommeil. On peut vivre quelque temps sur son fonds en se contentant de bouillons, de potages, de tasses de lait prises à de courts intervalles ; mais on peut d'autant moins se priver de dormir que le travail auquel on se livre imprime une activité plus grande à l'organe dominateur que le sommeil a surtout pour but de reposer.

Il est un conseil excellent et que donnent tous les hygiénistes ; c'est celui de varier ses travaux. Malheureusement, il n'est guère pratique. L'homme de loisir, libre d'occuper sa pensée comme il l'entend, peut se faire un régime intellectuel aussi varié que ses repas. Il peut partager son temps, suivant ses aptitudes, entre les lettres, les sciences et les arts et passer d'un sujet à l'autre avec le même plaisir et la même stérilité ; mais ce n'est pas à cette catégorie de privilégiés que je m'adresse. Ce vagabondage à peu près passif à travers les champs de l'intelligence n'est pas du travail. Le producteur, l'homme utile, est de plus en plus forcé de se cantonner dans un domaine plus étroit et d'y concentrer sa pensée. On demandait à Newton comment il était arrivé à ses admirables découvertes : « En y pensant toujours », répondit-il. C'est qu'en effet, lorsque l'intelligence est en gestation d'une idée, elle s'y absorbe et ne la quitte plus. Le savant qui se croit sur la piste d'une découverte, l'écrivain qui termine un livre, y pensent à toute heure, en rêvent quelquefois, et c'est pour cela qu'ils ont besoin de distraction, que la société des autres hommes leur est nécessaire pour les arracher à l'obsession de leur pensée. La puissance d'abstraction des hommes comme Newton est aussi rare que leur génie.

Jules ROCHARD.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Les injections hypodermiques de sels de quinine

Il est indispensable avant de parler des différents sels de quinine de bien fixer ce que l'on doit entendre par sel neutre et sel acide.

Autrefois on appelait sels neutres ceux qui ne rougissaient pas le papier bleu de tournesol et sels acides ceux dont la solution rougissait fortement ce papier.

Actuellement, la quinine étant considérée comme un alcaloïde-acide, on appelle sel basiq celui qui résulte de la combinaison d'une molécule de quinine avec une molécule d'acide mono-basique, sel neutre celui qui résulte de combinaison avec deux molécules de sel acide. Il en résulte que le chlorhydrate neutre, par exemple, est très acide au tournesol, c'est l'ancien chlorhydrate acide.

S'il y a combinaison de la quinine avec une acide bibasique, on appelle sel neutre celui dans lequel il entre une molécule de chacun des deux composants. Le sulfate neutre de quinine est bien un sel neutre et cependant est très acide au tournesol ; on l'appelait sulfate acide ou bisulfate.

Voici, d'après Regnault et Villejean, auxquels nous empruntons ces considérations, la solubilité relative des différents sels de quinine employés en injections hypodermiques.

1 partie	de chlorhydrate neutre de quinine est soluble dans	0,66 d'eau
—	de sulfovinate neutre...........................	0,70 —
—	de lactate neutre................................	2,00 —
—	de sulfovinate basique..........................	3,30 —
—	de bromhydrate neutre...........................	6,33 —
—	de sulfate neutre................................	9 —
—	de lactate basique..............................	10,29 —
—	de chlorhydrate basique.........................	21,40 —
—	de bromhydrate basique..........................	45,02 —
—	de sulfate basique..............................	581 —

Rangés selon leur teneur en alcaloïdes, ces mêmes sels donnent la série suivante :

100 parties	de chlorhydrate basique de quinine renferment.	81,71 de q.
—	de chlorhydrate neutre..........................	81,61 —
—	de lactate basique..............................	78,21 —
—	de bromhydrate basique..........................	76,60 —
—	de sulfate basique..............................	74,31 —
—	de sulfovinate basique..........................	72,16 —
—	de lactate neutre...............................	62,30 —
—	de bromhydrate neutre...........................	60,67 —
—	de sulfate neutre...............................	59,12 —
—	de sulfovinate neutre...........................	56,25 —

Le chlorhydrate neutre est donc le plus soluble des sels qui puissent être employés en injections hypodermiques, et, de plus, il est presque le plus riche en alcaloïdes.

Le sulfovinate est très soluble, mais ses solutions se conservent très mal et à doses concentrées, 1 pour 2 d'eau, il détermine des accidents locaux.

On a découvert que l'antipyrine augmente la solubilité de la quinine. C'est ainsi que le valérianate de quinine additionné de 1 à 1/2 gramme d'antipyrine se dissout dans son double poids d'eau à la température de 44 à 62°5 c. L'addition de l'antipyrine permettra donc d'utiliser de nombreux sels de quinine.

Les injections hypodermiques de sels de quinine ont été employées pour la première fois en 1862, par Chasseaud (de Smyrne) (1), qui, après s'être servi du sulfate, adopta le

(1) Voyez *Bulletin de Thérap.* 1888, I, p. 403.

chlorhydrate. En France, Pian du Feillay utilisa, en 1865, une solution de sulfate ordinaire dans son poids d'eau de Rabel, mais il eut de nombreux accidents locaux.

Depuis, les tentatives se sont multipliées et un grand nombre d'auteurs ont proposé des formules variées.

Le sulfate de quinine a été solubilisé à l'aide des acides chlorhydrique, nitrique, tartrique, citrique. Denis a essayé une solution dans la glycérine et Rondel a pris l'éther comme dissolvant. Linke a préconisé une solution de bisulfate de quinine additionné de 1/100e d'acide phénique; il n'avait que peu d'accidents mais n'injectait que des doses trop faibles. On trouvera dans le livre de Bourneville et Brion le relevé d'un grand nombre de formules où entre le sulfate de quinine; nous jugeons inutile de les énumérer, puisque, suivant la remarque même de ces auteurs, un grand nombre de ces solutions prêtent à la critique et que beaucoup de médecins employant le terme de sulfate de quinine sans spécifier lequel des deux sulfates on doit administrer, il s'ensuit une confusion regrettable.

Le bromhydrate de quinine fut prescrit par Lavaur et Baile en 1875. Il fut expérimenté par Gubler, Raymond, Martard-Martin, Soulez. La solution était au 11e et il fallait injecter de grandes quantités de liquide pour obtenir un effet thérapeutique suffisant.

Le bibromhydrate a été employé par Maximowitch (de Saint-Pétersbdurg).

Saillard a proposé le sulfovinate de quinine et ce sel a été très employé en Algérie par Bourgeois, Pugens, Moret, Mertz.

Le formiate, le tannate, le valérianate, le lactate ont aussi été conseillés et utilisés tous avec des succès, tous aussi avec d'assez nombreux accidents.

Le chlorhydrate ou plutôt le bichlorhydrate de quinine mérite de nous arrêter plus longtemps, car il semble être, actuellement, le sel le plus indiqué en injections hypodermiques.

En effet, la plupart des sels que nous venons d'énumérer, sont passibles de divers reproches. Ou bien les solutions sont peu concentrées (bichlorhydrate basique, sulfate de quinine pur ou additionné d'acide tartrique) ou bien elles déterminent des accidents sérieux. Tous les auteurs ont signalé les douleurs persistantes, les indurations, les escharres, les phlegmons qui peuvent suivre les injections. Roberts et Harris ont même vu des injections de sulfate de quinine pratiquées pendant la fièvre intermittente entraîner un tétanos mortel. Les solutions de sulfovinate sont difficiles à préparer et se décomposent facilement.

Le chlorhydrate de quinine a été employé en Italie vers 1872 et Regnault et Villejean, dans le mémoire qu'ils consacrent à l'étude de ce sel, rendent pleine justice aux travaux de Vitali, Galignani, Schivardi; cependant Kobner dit avoir prescrit le chlorhydrate de quinine en injections dès 1870. Mais Regnault et Villejean font remarquer que sa préparation est peu riche en quinine, cristallise par le refroidissement, renferme de la glycérine, matière étrangère au moins inutile, et est ennuyeuse à l'usage, puisqu'il faut la faire chauffer chaque fois que l'on s'en sert.

Le bichlorhydrate de quinine bien employé ne donne pas lieu à des accidents, même si l'on ne se croit pas obligé de suivre toutes les indications de l'antisepsie locale, et c'est certainement le meilleur des sels qui ont été conseillés. On prendra la solution suivante :

Bichlorhydrate de quinine.......... 5 gr.
Eau distillée..... q. s. pour 10 c.c.

1 cc. = 50 centigr. de bichlorhydrate.

Si l'on n'a que du chlorhydrate basique on peut préparer une solution identique à la précédente de la manière suivante :

Etendre avec de l'eau distillée une certaine quantitée d'acide chlorhydrique pur jusqu'à ce que la liqueur donne au pèse-acide une densité de 1,045 à + 15 degrés. Introduire dans une petite éprouvette graduée 5 gr. de chlorhydrate basique de quinine ; ajouter 5 c.c. de la solution acide précédente, compléter avec de l'eau distillée à 10 centi. c. et filtrer. La solution se conserve bien et n'est pas caustique.

A notre connaissance, les solutions additionnées d'antipyrine n'ont encore été que peu expérimentées, car nous n'avons pas trouvé d'indications relativement à leurs effets locaux et à leur valeur thérapeutique. Il y aurait des recherches à faire sur ce point.

La quinine introduite sous la peau est très vite absorbée en totalité, tandis que si elle est prise par la bouche une partie s'arrête dans le foie et est reversée dans l'instestin par la bile. (Albertoni et Giotto.)

C'est surtout dans les fièvres intermittentes pernicieuses que l'on aura à employer les injections hypodermiques de sels de quinine. On doit sans hésiter injecter 1 gr. 50 à 2 grammes de sel en vingt-quatre heures. Malheureusement il peut arriver que l'absorption, dans ce cas, ne se fasse pas et il faut alors recourir aux injections intra-trachéales ou intra-veineuses, sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici.

Schreiber a traité d'une manière générale la fièvre intermittente par les injections sous-cutanées ; il se sert du chlorhydrate et du chlorhydrate carbamidé. D'après lui on guérit la fièvre en moyenne avec trois injections. Il faut les continuer après sa cessation et en donner en tout cinq à six afin d'éviter les récidives.

En fait, les injections hypodermiques dans la malaria sont indiqués : dans les cas où l'estomac est absolument intolérant, dans les formes pernicieuses, algides et cholériformes, lorsque l'on a à intervenir au début d'un accès pernicieux.

Il est évident que les indications générales de la quinine sont toujours les mêmes, quelle que soit la voie choisie pour l'administration. Nous ne pouvons les passer toutes en revue et mentionnerons seulement quelques cas récents où les injections hypodermiques ont été employées dans diverses affections.

Holland a utilisé le bichlorhydrate en injections sous-cutanées chez les enfants comme antipyrétique. Il a traité ainsi 2 pneumonies fibrineuses, 1 broncho-pneumonie, 1 fièvre typhoïde et 2 diphtéries auxquelles il fit des injections de 0,075 à 0,75. Il obtint un abaissement rapide de la température sans accident local.

Le carbamide de quinine renferme, d'après Bing, 62,5 p. 100 d'hydrate de quinine. Fervers a traité 11 cas de coqueluche par des injections sous-cutanées de ce sel. La quantité introduite sous la peau en 24 heures a varié de 0,12 à 0,936 suivant l'âge. Dans 3 cas la guérison fut obtenue en 7 à 8 jours sans qu'on ait employé aucun autre traitement. Dans les 7 cas restants, les malades furent très améliorés. Fervers employait une concentration de 3 : 10 à 6 : 10; plus la concentration est grande moins bien la solution est résorbée. Du reste, il ne faut recourir à ces injections que si l'on ne peut administrer la quinine par une autre voie, car elles exposent la gangrène de la peau.

Unger a employé de la même façon le bichlorhydrate.

Nous n'insisterons pas davantage sur des essais qui ne seront jamais qu'exceptionnels, car, en réalité, l'intolérance absolue de l'estomac est la seule indication des injections hypodermiques de quinine en dehors de la malaria.

Le Railway-Spine

M. le docteur Blum vient de publier (1) un mémoire très documenté sur l'hystéro-neurasthénie traumatique ou Railway-Spine. La question n'ayant pas encore été l'objet

(1) Asselin et Houzeau, éd.

d'une étude d'ensemble et n'étant exposée dans aucun traité classique, nous croyons être utile à nos lecteurs en résumant rapidement le travail important du chirurgien de Saint-Antoine

I

Les accidents du Railway-Spine (Neurasthénie traumatique, hystérie traumatique) ont été étudiés pour la première fois par Erichsen en 1866; pour ce médecin une personne animée d'un mouvement rapide étant subitement arrêtée, il se produirait un ébranlement des cellules ganglionnaires de la moëlle entraînant, au bout d'un certain temps, la production de phénomènes analogues à ceux dépendant de lésions plus ou moins définies de l'axe spinal.

Généralement, dit M. Blum, l'individu qui, dans un accident de chemin de fer, reçoit une contusion violente est très effrayé et présente une vive réaction nerveuse. Cependant, il est capable de retourner à son domicile. Le médecin appelé examine le patient avec soin, l'interroge et l'étudie pour voir s'il y a eu des troubles de la sensibilité, de la perte de l'activité générale ou de la mémoire, etc. Si le blessé ne se plaint d'aucun phénomène de ce genre, il lui recommande de s'observer attentivement Bientôt un ou plusieurs des symptômes cherchés se montrent, le malade engage un procès, de nombreuses consultations ont lieu et tout va de mal en pis jusqu'au jour ou les juges rendent un verdict favorable au blessé. Alors il arrive souvent que tout phénomène morbide disparaît au bout d'un temps plus ou moins long.

Les accidents du début sont des plus variables. Tantôt c'est la dépression qui domine, tantôt, au contraire, il survient des phénomènes psychiques, des hallucinations; le blessé se sauve en franchissant les barrières et il ne se rappelle de ses actes qu'après un temps plus ou moins long. Dans d'autres cas, il se produit très rapidement de la céphalalgie, du tremblement des membres, des cauchemars accompagnés d'accès de terreur.

Certaines personnes ne se plaignent de rien au moment de l'accident et ce n'est qu'après quelques jours et même quelques mois que les troubles morbides apparaissent : douleur à la tête, le long de la colonne vertébrale, dans les parties contuses, exaspérées par la pression et la marche, accompagnées d'insomnie, de tremblement des membres, etc. Si ces troubles persistent, le malade devient mélancolique, l'indifférence et l'absence de volonté s'accroissent, et tantôt il survient des tronbles de l'intelligence, tantôt les idées noires conduisent au suicide.

Il convient d'étudier en détail les principaux symptômes présentés par les blessés.

1. *Troubles psychiques.* — Les changements du caractère sont souvent très accentués; le malade est taciturne, triste, évite le bruit. L'instabilité psychique est habituellement très marquée et, en même temps, ily a un notable affaiblissement de la volonté.

Cette dépression nerveuse s'accompagne d'anxiété avec pleurs qui, tantôt dure plusieurs jours, tantôt se montre par crises et s'accompagne de sueurs profuses, de dilatation des pupilles, etc. La vue d'un train, le récit de l'accident peuvent suffire à provoquer un accès. Il peut même arriver que les accidents aient tout à fait l'allure de ceux de la paralysie générale progressive.

Riegler admet que les agents du service actif des chemins ne fer sont surtout exposés au Railway-Spine et d'après lui, outre les symptômes ordinaires, ils présenteraient une aversion profonde pour leur profession antérieure.

Les accidents peuvent aller jusqu'à la catalepsie.

La mémoire est rapidement atteinte et fréquemment l'amnésie est partielle ou totale pour ce qui s'est passé avant, pendant et après l'accident ; il peut y avoir diminution de la mémoire des mots, de l'orthographe, du calcul. Les défauts de mémoire sont, du

reste, continus ou intermittents. L'affaiblissement de la mémoire rend le malade incapable de s'occuper de ses affaires, et les idées deviennent confuses. Souvent, du reste, il y a plutôt impossibilité de concentrer les idées sur un sujet déterminé, absence de volition, que perte réelle de la mémoire.

Le vertige s'observe souvent et il peut survenir des attaques épileptiformes. L'insomnie est un des symptômes les plus habituels, et fréquemment si les malades s'endorment quelques instants, ils sont réveillés par des cauchemars effrayants.

II. *Troubles de la sensibilité.* — Ils sont très fréquents. La douleur peut avoir des localisations très variées, se manifester sous forme de chaleur, de froid. etc., et souvent son siège n'est pas en rapport avec les parties atteintes. Charcot a insisté sur la plaque sacrée, sensation de pression et de constriction localisée au sacrum. La douleur de tête occipitale est surtout caractéristique, et elle s'éveille sous l'influence des travaux intellectuels.

L'exploration de la sensibilité doit être faite avec de grandes précautions, car Schultze, de Bonn, a pensé que l'on pouvait parfaitement suggérer les anes thésies au malade. L'hyperesthésie est fréquente dans les régions atteintes par le traumatisme et sur les apophises épineuses des vertèbres; l'anesthésie partielle ou totale peut occuper les muqueuses. Il faut remarquer que les localisations de ces troubles de la sensibilité peuvent varier entre deux examens. Ils apparaissent un temps variable après l'accident et peuvent manquer.

III. *Troubles de la motilité.* — Ce sont habituellement des soubresauts de tendons, des mouvements fibrillaires, des tremblements qui augmentent quand l'attention du malade se trouve fixée sur eux; la parole est souvent lente, l'articulation des mots difficile. La marche est pénible, le malade va lentement, s'appuie ou bien il raidit les jambes, traîne les membres inférieurs; fréquemment la fatigue force le patient à s'arrêter au bout de quelques pas. Les monoplégies, hémiplégies paraplégies sont habituelles; la diminution de la mobilité frappe plus fréquemment la partie du corps atteinte par le traumatisme.

Les paralysies ne s'observent que sur les membres; elles sont généralement flasques et celles avec contractures sont plus rares et quelquefois douloureuses. Laparalysie hystéro-traumatique s'accompagne d'une anesthésie qui ne correspond jamais au territoire d'une branche nerveuse et dont la limite rappelle, d'après Charcot, les lignes d'amputation ou de désarticulation. Il peut subsister des points sensibles au milieu de la plaque anesthésiée.

Le malade a perdu la notion de la fonction du membre et la sensibilité musculaire est abolie. L'atrophie musculaire est le seul trouble de nutrition que l'on ait constaté; la réaction de dégénérescence fait défaut.

L'état des reflexes est des plus variables. Quelquefois il existe de l'épilepsie spinale.

IV. *Troubles des organes des sens.* — Du côté de l'ouïe on a observé, d'un ou des deux côtés, les bourdonnements d'oreilles, les sifflements, l'hyperesthésie.

Les troubles oculaires difficiles à simuler sont : la dilatation papillaire, le strabisme avec diplopie, l'amblyopie, la dyschromatopsie, l'abolition du reflexe cornéen, la paresse de l'accommodation. Les deux pupilles sont souvent inégalement dilatées. Le rétrécissement du champ visuel est fréquent pour Oppenheim, tandis que Schultz ne l'a rencontré que 6 fois sur 20 cas.

Pour M. Blum, le rétrécissement du champ visuel est un symptôme important au point de vue du diagnostic et du pronostic.

V. *Troubles de la santé générale.* — Les troubles circulatoires sont très fréquents et se montrent, dans la majorité des cas, sous forme d'accès, de palpitations provoquées

par les causes les plus légères; il y a aussi souvent une tachycardie continue, régulière ou arythmique. Du côté des vaso-moteurs on a observé la vaso-constriction avec asphyxie locale des extrémités, la vaso-dilatation avec congestions intenses et passagères, des sueurs profuses, de la polyurie, de la diarrhée. Tous les degrés de l'incontinence d'urine ou de la rétention peuvent être rencontrés; parfois il se produit de la glycosurie transitoire. Les fonctions génitales sont diminuées ou abolies et les troubles menstruels les plus variés se produisent. Des vomissements, où une simple oppression après les repas, peuvent se montrer dès le début et persister plus ou moins longtemps.

Lorsque tous ces troubles se prolongent, ils conduisent à l'affaiblissement général, à l'impotence et peuvent aboutir à la cachexie.

II

La neurasthénie traumatique survient surtout à la suite des graves accidents de chemins de fer, de l'arrêt brusque d'un train. Elle peut se produire aussi consécutivement à la chute d'une hauteur élevée ou d'accidents divers, mais est alors beaucoup plus rare La fréquence de plus en plus grande des accidents éloignés à la suite des accidents des chemins de fer, a fait penser qu'il s'agissait, dans beaucoup de cas, de simulation. Ces accidents se voient rarement à la suite de fractures, de plaies graves, et tous les auteurs ont insisté sur ce fait. La frayeur est un des éléments étiologiques importants et les phénomènes de la neurasthénie traumatique ne se produisent pas chez les individus qui, au moment de l'accident, étaient ivres ou plongés dans un profond sommeil. Ce qui met bien en évidence l'influence morale, c'est que des mécaniciens ayant eu pendant quelques instants la notion du danger d'une rencontre, et étant parvenus à arrêter le train avant la production de la collision, ont cependant été atteints des accidents du railway-spine.

Une prédisposition du sujet est surtout nécessaire et, pour la plupart des auteurs, les malades sont presque toujours des syphilitiques, des alcooliques et des nerveux (Charcot); Oppenheim, M. Blum ont rarement constaté des antécédents personnels ou héréditaires.

En France, on range les accidents du railway-spine dans l'hystérie, en Allemagne dans les psychoses, tandis qu'en Amérique on fait, des malades, des neurasthéniques. Beaucoup d'auteurs ont admis l'existence d'une commotion de la moëlle. M. Blum combat cette opinion, en faisant remarquer que la moëlle est bien protégée, et que les symptômes ont une marche bien différente de ceux de la commotion cérébrale.

Leudet a invoqué la cogestion de la moëlle, Benedikt les troubles circulatoires avec décollement du tissu cellulaire, Clevenger une altération du grand sympathique. Pour Westphall et Grasset, il s'agit d'une affection indépendante de l'hystérie, dont elle différerait par sa ténacité et un état mental particulier. Enfin l'école de la Salpêtrière attribue les symptômes à la combinaisons de l'hystérie et de la neurasthénie.

Le pronostic des accidents du ralway-spine, est, il importe de bien le savoir, relativement favorable; très souvent l'amélioration se produit rapidement, dès que le litige avec la compagnie de chemin de fer a été définitivement tranché et que les occupations sont reprises. Quelquefois, cependant, la guérison n'est pas obtenue, la mort peut même survenir, ou bien la maladie aboutit à la démence, au suicide, ou devient le point de départ d'une lésion organique du système nerveux. Les manœuvres qui ont des membres écrasés, les ouvriers blessés qui n'ont rien à espérer, n'offrent que peu de phénomènes nerveux, et il est évident que l'attente d'une grosse indemnité est pour beaucoup dans le développement des accidents.

Les tribunaux posent habituellement aux médecins les deux questions suivantes:

Quelle est la durée probable des accidents?

Quel dommage ont-ils causés au patient et dans quelle mesure pourra-t-il reprendre ses occupations ?

On ne peut répondre actuellement à la première question et presque jamais les blessés ne recommenceront à travailler avant la solution du litige ; presque jamais ils n'ont la volonté nécessaire.

Il faut se rappeler, pour répondre à la seconde question, qu'il y a dans la neurasthénie des formes légères et des formes graves, faire entrer en ligne de compte l'état de santé antérieure du malade, l'existence ou l'absence de l'alcoolisme, etc. Pour Vibert, le pronostic est mauvais, dès que les troubles cérébraux sont accusés, que l'amaigrissement est rapide. Judd a vu la santé revenir chez 26 blessés réputés incurables et Dawdren, Murphy, Price, Remondi ont toujours constaté la guérison une fois le procès terminé. Pour Page, le retour à la santé complète est la règle et c'est aussi l'avis de M. Blum. Quelques observations sont, à ce point de vue, fort intéressantes. C'est ainsi que dans un cas Chauffard, Hardy et Fonssagrives avaient diagnostiqué une paralysie complexe se rattachant à une lésion du cerveau et avaient déclaré que le malade ne pourrait jamais reprendre d'occupation active et même mourrait bientôt, cependantle patient, à qui fut alloué uneforte indemnité, se rétablit rapidement et a actuellement près de 80 ans.

La simulation est, du reste, fréquente, et, d'après Stemen, 5 pour 100 seulement des blessés seraient absolument sincères. Sans aller aussi loin, on peut admettre que dans beaucoup de cas le malade exagère, aussi faudra-t-il l'étudier avec le plus grand soin et multiplier les visites. Du reste, au début, le médecin devra d'autant plus se tenir sur la réserve, que le diagnostic avec une fracture de la base du crâne, une hémorragie ou un ramollissement est impossible. On n'oubliera pas que la paralysie du facial supérieur fait toujours défaut dans l'hémiplégie hystéro-traumatique.

Le traitement moral est le meilleur et le médecin doit s'efforcer de faciliter la solution du litige qui préoccupe le malade, lui défendre tout travail soutenu, le faire vivre, en un mot, dans les meilleures conditions hygiéniques et psychiques.

CORRESPONDANCE

A propos de l'Elixir parégorique

Nous recevons de M. Comby, membre de notre comité et chargé d'un service d'enfants à l'hôpital Tenon, la lettre suivante que nous sommes heureux de communiquer à nos lecteurs, car elle fixe d'une façon définitive et pratique le mode d'administration de l'élixir parégorique en établissant sa véritable formule.

Mon cher rédacteur en chef,

Voulez-vous me permettre quelques observations à propos des *différentes formules d'élixir parégorique* publiées dans le dernier numéro de l'*Union médicale* (p. 418)?

Pour la grande majorité des médecins et pour tous les médecins d'enfants en particulier, il n'existe qu'un *seul élixir parégorique*, celui de Dublin ou du Codex, le seul que M. Delpech n'ait pas cru devoir faire figurer dans l'*Agenda médical* d'Asselin et Houzeau. Cet élixir est connu pour être dix fois moins actif que le laudanum de Sydenham, en poids (dix grammes d'élixir parégorique équivalant à un gramme de laudanum), et vingt-cinq fois moins actif en volume (vingt-cinq gouttes d'élixir ne sont pas plus actives qu'une goutte de laudanum). Voilà pourquoi l'élixir parégorique est une excellente préparation très usitée en médecine infantile.

Elle donne plus de sécurité que le laudanum de Sydembam et doit lui être préférée dans les premiers mois et les premières années de la vie.

Quant à la préparation dite *Elixir parégorique* du Dr C. Paul, elle a la même teneur en opium que le laudanum de Sydenham et doit être prescrite aux mêmes doses.

Il y a donc un intérêt capital à ne pas la confondre avec le véritable élixir parégorique celui du Codex.

Je proteste donc de toutes mes forces contre l'appellation d'élixir parégorique donnée par M. Delpech au mélange de vin et de teinture d'opium imaginé par M. C. Paul.

Pour éviter de regrettables, de dangereuses confusions, je proposerai, pour cette mixture, le nom de laudanum de C. Panl, qui donnera toute satisfaction à l'amour-propre de l'auteur et du promoteur.

En résumé, il n'y a pour moi qu'un seul *élixir parégorique*, et cet élixir, dit encore *teinture d'opium composée*, est dix fois moins actif que le laudanum de Sydenham. Voilà tout ce que le praticien doit retenir.

Agréez, mon cher rédacteur en chef, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Comby.

COURRIER

Hier, à midi, en l'église Saint-Louis-d'Antin, ont été célébrées les obsèques de M. Gustave-Antoine Richelot, fondateur de l'*Union médicale*. Un grand nombre d'amis et de notabilités médicales, avaient tenu à témoigner par leur présence l'affection qui les unissait au père comme elle les unit aujourd'hui à son fils.

Legs Louis-Jules Fauvelle. — La Société d'anthropologie de Paris est autorisée à accepter le legs que lui a fait le docteur Louis-Jules Fauvelle d'une rente annuelte de 667 francs en 3 pour 100 sur l'État français pour constituer tous les trois ans un prix de 2,000 francs à titre de récompense ou d'encouragement à tout travail inédit, comme ouvrage spécial sur la structure du système nerveux où l'étude des manifestations de la force connues sous le nom d'influx nerveux.

Corps de santé de la marine et des colonies.— Par décret du 21, ont été promus dans le corps de santé de la marine, et pour compter du 1er septembre, au grade de médecin de 2e classe de la marine, MM. les médecins auxiliaire de 2e classe, qui viennent d'achever leur stage réglementaire dans les écoles-annexes de médecine navale: Laurent, Arnould, Mesny, Condé, Avérous, Brun-Bourguet, Poret, Lallemand, Barrau, Audibert, Normand, Damian, Traonoüez, Bavay, Hernandez, Giraud, Meslet, Reboul, Brugère, Lucas, Carbonel, Grimaud, Aubert, Durand, Prigent, Nouaille, Nègre, Faucheraud, Reigondaud, Le Floch, Rapuc, Pellan.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

ENCORE LES NÉVRALGIES PELVIENNES

Par L.-G. RICHELOT

A la fin de l'année dernière, j'ai présenté à la Société de chirurgie des observations de « grandes névralgies pelviennes » guéries par l'hystérectomie vaginale, et j'ai cherché à définir les conditions dans lesquelles le chirurgien est autorisé, chez les femmes qui souffrent sans lésions apparentes, à intervenir aussi radicalement. J'avais en vue, laissant de côté l'hystérie vraie à grandes attaques, *les phénomènes douloureux graves, permanents, rebelles, qui ont pour siège l'utérus et les ovaires, ne correspondent à aucune lésion définie, et s'accompagnent d'un état névropathique plus ou moins accentué.*

On me fit d'assez vifs reproches. On m'accusa de créer un néologisme fâcheux, de méconnaître une foule de progrès ; on me dit que je prenais pour des névralgies *sine materiâ* les « petites lésions avec grandes douleurs ».

Je sais qu'il y a des lésions utéro-ovariennes de peu d'importance, auxquelles s'ajoute un *élément nerveux* qui domine la scène. La femme a des douleurs disproportionnées, des troubles sympathiques, un état général à peine légitimé par l'état anatomique des organes. Ces cas nous mènent, par une transition insensible, aux névralgies proprement dites ; mais il y a ici des altérations positives, reconnues, qui servent de substratum à la douleur et qui passent pour en être la seule cause. C'est une erreur ; les malades sont aussi des *arthritiques nerveuses* sur lesquelles j'aurais à m'expliquer ; seulement, leurs petites lésions rassurent la conscience des chirurgiens qui prétendent n'opérer que « s'il y a quelque chose. »

Tout récemment, mon ami Stapfer, dans un intéressant travail (1), s'élève contre le diagnostic de grande névralgie pelvienne. Il tire à lui la couverture et attribue tout à la cellulite.

J'accorderai bien à Stapfer qu'il peut y avoir autour des organes souffrants de petits œdèmes de voisinage, qui échappent aux touchers inattentifs ; que ces œdèmes, ayant pour siège le tissu cellulaire, peuvent s'appeler cellulites. Mais je lui dirai aussi qu'en l'absence de lésions anatomiques positives des organes pelviens, ces « troubles vaso-moteurs », comme il les appelle lui-même, ressemblent furieusement à ceux qui accompagnent quantité de névralgies, celles de la face par exemple ; que, s'il raye d'un trait de plume la coccyodynie, la contracture du sphincter, etc., pour y substituer la cellulite, on ne voit pas trop pourquoi il ne décrit pas la névralgie du trijumeau sous le nom de cellulite faciale. Je lui demanderai pourquoi ces petits empâtements, si légers qu'il faut être Suédois pour les percevoir, sont « douloureux, très douloureux et même atrocement dou-

(1) Stapfer, *Cellulite et myo-cellulite localisée douloureuse* (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, juillet-août 1893).

loureux », et s'il n'y a pas quelque étroit rapport entre ces douleurs paradoxales et le tempérament nettement accentué de la malade ? N'admet il pas, d'ailleurs, que « beaucoup de femmes atteintes de cellulite sont des névropathes ? » Peut-être alors, pour répondre à mes questions, voudra-t-il trouver moins « surprenant » le diagnostic de grande névralgie pelvienne.

Mais je ne veux pas rouvrir le débat ; je veux seulement rapporter l'histoire d'une de mes malades, histoire contemporaine de la discussion soulevée à la Société de chirurgie, et qui lui emprunte, comme on va le voir, une partie de son intérêt.

Mon opérée est une femme de 35 ans, vive, intelligente, mondaine ; arthritique nerveuse dans toute la force du terme. Il y a neuf ans, quatre années après une couche normale, elle a commencé par des « évanouissements » sans douleur. Un spécialiste fort connu lui dit qu'elle n'avait rien à l'utérus, qu'elle était anémique, lui fit prendre du fer (!) et lui déclara qu'elle en avait pour trois ans (?). Elle se mit à souffrir ; un confrère instruit et des plus honorables, à qui elle s'est confiée depuis lors, lui fit quelque bien avec des tampons de glycérolé au tannin, mais ne réussit pas avec un pessaire, qui la rendait « folle, enragée » et qu'elle finit par abandonner. Elle avait alors de vives douleurs et consulta Siredey, qui lui dit : « Vous n'avez rien, vous êtes nerveuse, » et lui conseilla l'hydrothérapie et les « fortifiants ». L'hydrothérapie fut longtemps continuée et, comme de juste, produisit de bons effets ; on l'envoya à la mer, qui heureusement ne lui fit pas trop de mal.

Cependant la tristesse, les idées noires l'envahissaient. Il fallait toute son énergie, sa volonté de vivre pour les siens et de faire bonne figure à ses amis pour triompher de la souffrance, du découragement, du fer et du quinquina. Siredey lui conseilla d'aller en Suisse ; elle partit, « hurlant de douleur » dans la voiture qui l'emportait à la gare.

Nous sommes en 1887. Elle retourna en Suisse tous les ans, s'imposa des excursions, des courses de montagnes. Elle revenait à Paris pour s'occuper de son fils, faire des visites et cultiver ses amis. Siredey lui répétait qu'elle n'avait rien, et bientôt elle était reprise et absolument immobilisée. Siredey tomba malade et mourut.

Il est bien rare, dans l'histoire compliquée d'une névropathe, de ne pas voir apparaître un charlatan. Ces périodes-là sont même ordinairement les plus longues, mais aussi les plus faciles à résumer. Chez notre malade, nous gagnons ainsi dix-huit mois, pendant lesquels la douleur du côté gauche devint prépondérante et fit porter le diagnostic de « salpingite ».

Un jour, comprenant qu'elle faisait fausse route, elle alla trouver un accoucheur célèbre, qui lui dit : « Je vais vous traiter, commençons », et en même temps fit sur l'utérus, avec le doigt, une poussée violente qui détermina une « douleur horrible » et le fit traiter d'assassin. Puis il recommanda les douches et un pessaire ; les douches furent seules reprises.

Alors, pour la première fois, un chirurgien entre en scène, mais c'est pour lui dire qu'elle n'a rien, qu'elle est nerveuse, et qu'il faut aller à Néris. La première saison lui fait « un bien énorme », la seconde réussit moins, la troisième n'a aucun effet. « L'ovaire est tout à fait pris », la vie est entravée plus que jamais, la famille désolée, si bien que la chirurgie apparaît enfin comme le seul refuge, et que la malade vient me trouver en octobre

1892. Elle a un petit utérus mobile, à peine incliné en arrière; tout est souple dans la cavité pelvienne, aucune tuméfaction, aucun empâtement des culs-de-sac; le seul symptôme est une légère sensibilité du col au doigt qui l'explore, et une douleur très nette à gauche, en déprimant le cul-de-sac vaginal. Celle-ci est tolérable au moment de mon examen, mais elle se réveille et devient terrible pendant les paroxysmes. La malade est pleine d'entrain, elle sait son histoire par cœur, et la raconte avec esprit, juge et apprécie très sainement les événements et les hommes, examine tranquillement les chances que peut lui donner la chirurgie, la valeur relative de la castration ovarienne et de l'extirpation totale, et se déclare absolument prête, après tous les maux qu'elle a subis et les déceptions de la thérapeutique, à subir une intervention décisive. L'état général est bon, la constitution solide, les règles prolongées mais assez régulières. Il y a eu souvent des migraines; l'estomac est difficile, surtout au moment des crises, et elle suit un régime approprié, mais sans être obligée à une grande rigueur. Elle n'a jamais eu d'attaques d'hystérie.

En présence d'une telle situation, le conseil que je donnai se devine aisément. Mais où l'histoire devient curieuse pour moi, c'est quand la malade, après avoir recueilli mon opinion, se mit en devoir de consulter divers chirurgiens, y compris ceux qui, au même instant, à la Société de chirurgie ou dans la presse médicale, discutaient mes observations et faisaient de grandes réserves sur la possibilité de guérir par une opération les névralgies pelviennes. Tous lui déclarèrent qu'il fallait l'opérer; ce qui me donne à penser que, si la question revenait sur le tapis, il y aurait au moins une de mes observations qui trouverait grâce devant eux.

Seulement, tous ne furent pas du même avis sur le choix de la méthode. Un des plus autorisés lui dit que, si on faisait l'hystérectomie vaginale, « on lui crèverait la vessie, on lui décrocherait les reins (*sic*) »; un autre, partisan à peu près exclusif de la laparotomie, lui déclara que, dans son cas, l'hystérectomie vaginale était la seule opération rationnelle, ce qui me donna un instant l'espoir que j'avais fait une conversion encore inavouée. Bref, la malade additionna les avis, trouva une majorité en faveur de l'hystérectomie vaginale, et vint se remettre entre mes mains.

J'enlevai, le 1er décembre 1892, l'utérus et les annexes. Le premier n'avait rien d'anormal, les trompes étaient saines, les ovaires « scléro-kystiques », altération banale et qui ne signifie rien; il y avait à gauche de petites adhérences celluleuses, et voilà tout. Remise sur pieds, la malade prit aussitôt la clef des champs et jouit sans réserves de la santé qui lui était rendue, allant au bal six fois dans une semaine, allant à Londres et écoutant à la file *Lohengrin*, la *Walkyrie*, *Siegfried* et les *Maîtres chanteurs*, ce qui prouve qu'elle a les nerfs solides. Douleurs et troubles nerveux ont disparu; à part quelques précautions dont son estomac a besoin, elle est vaillante, consolée, radicalement guérie.

Les faits de ce genre n'ont pas besoin de longs commentaires, et je pense que les détails de cette observation me défendront assez contre le grief d'*abus* tant de fois invoqué.

Si, cependant, l'audace d'un chirurgien qui intervient sans avoir constaté de grosses lésions anatomiques, paraissait encore effrayante, ma réponse serait facile. Je n'ai pas soutenu qu'en opérant ces malades on ne prenait

jamais de grave responsabilité. Bien au contraire, j'ai dit que l'opération était légitime parce que les femmes que j'ai en vue ont une existence pitoyable ou immédiatement menacée. Il y en a qu'on nous amène épuisées, ne se nourrissant plus, presque moribondes. L'opération est simple; elle peut devenir périlleuse par le défaut de résistance d'un organisme profondément troublé. Or, quand le mal est fait, nous devons nous conduire ici comme dans toutes les situations compromises; la chirurgie n'est pas un métier qui consiste à tirer son épingle du jeu, et à dire, quand la malade est morte, « au moins je ne l'ai pas tuée. » Mais aussi, n'est-il pas raisonnable d'agir avant que la femme en soit arrivée là? C'est alors que l'opération n'offre pas de vrai danger entre les mains d'un chirurgien qui sait la faire. La gravité du remède n'excède pas la gravité du mal, et les services rendus sont incontestables.

Les injections de sérum dans le choléra

Pendant la dernière épidémie de choléra les cas graves ont été traités un peu partout par les transfusions sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum artificiel ou d'eau salée. Nous croyons être utile à nos lecteurs en leur exposant, le plus brièvement possible, la manuel opératoire de ces injections et les résultats qu'elles ont permis d'obtenir.

I

Jahnichen, en 1880, a le premier injecté de l'eau dans les veines d'un cholérique; le malade succomba. Depuis, des essais isolés ont été faits par Latta, Làurie, Magendie, Dusaussoy, Colson, Hérard, Oulmont, Lorain, Dujardin-Beaumetz. Enfin, en 1884, la méthode fut mise largement en pratique à l'hôpital Saint-Antoine par le professeur Hayem. Il se servait du liquide suivant :

Eau....................	100 gr.
Chlorure de sodium pur,	5 gr.
Sulfate de soude.......	10 gr.

et portait cette solution à la température de 38°. La quantité à injecter avait été fixée par Hayem à 1,150 gr. Il fit souvent deux injections chez le même malade, même deux fois 3 et une fois 4.

Le nombre des guérisons chez les cholériques transfusés fut de 32 pour 100.

En 1892, la transfusion fut pratiquée à Paris à l'hôpital Beaujon et au bastion 36 par Galliard qui recourut à la transfusion intra-veineuse sur 149 cholériques sur lesquels il eut 34 guérisons seulement; Lesage, Variot, Siredey, Bourcy ont aussi expérimenté le même traitement.

A Hambourg les injections intra-veineuses ont été couramment employées.

Schede préfère de beaucoup les injections intra-veineuses aux injections sous-cutanées qui sont inefficaces chez les cholériques parvenus à l'algidité. Employées en même temps que les injections intra-veineuses, elles ne peuvent même pas consolider les résultats acquis à l'aide de ces dernières. Schede admet donc que, dans les cas graves de choléra, il faut immédiate-

ment recourir aux injections intra-veineuses d'une solution de chlorure de sodium à 4 0[00. Sur 58 cholériques ainsi traités, Schede a eu 74 pour 100 de mortalité.

Rumpf est aussi fort peu partisan des injections sous-cutanées, tandis qu'il a toujours vu les injections intra-veineuses produire une action vivifiante remarquable, mais malheureusement le plus souvent passagère, il a eu 25 pour 100 de guérisons. Pour Rumpf, il est nécessaire de porter le liquide injecté à une température élevée, 40 ou 42°.

Jollasse a dressé une importante statistique, comprenant 1,017 cas de choléra traités à l'hôpital général de Hambourg.

	Nombre	Morts	Guérisons
Cas traités par les injections sous-cutanées...	104	92	12
— — — intra-veineuses.	167	130	37
— à la fois par les injections sous-cutanées et intra-veineuses.........	48	44	4
— par l'enteroclyse..................	42	12	30
— par les médications internes........	606	248	358
Cas de cholérine............................	50	0	50

D'après cette statistique aussi bien que d'après la plupart de celles qui ont été publiées, les injections intra-veineuses ne semblent pas donner de bien bons résultats. Cela tient à ce qu'elles ne sont employées que dans les cas les plus graves parvenus à la période d'algidité. En effet, pour Galliard, il ne faut recourir à la transfusion que chez les malades non améliorés par les autres procédés thérapeutiques, et il attend, pour la pratiquer, le collapsus algide avec suppression durable du pouls radial. Au contraire, Lesage et Hayem croient devoir opérer non seulement les malades sans pouls, mais aussi ceux dont le pouls radial est très affaibli, toutes les fois qu'après un certain nombre de bains chauds il ne s'est pas relevé.

L'opération se fait assez facilement. Le lieu d'élection est la veine saphène interne au-dessus de la malléole. La peau et l'aponévrose une fois incisées, la veine dénudée est chargée sur une sonde cannelée et on y introduit une canule à trocart en dirigeant l'instrument du côté du cœur. Puis le trocart est enlevé et on place l'embout de l'injecteur.

Après l'injection on comprime la veine au-dessus de la plaie, on suture rapidement et on panse. L'antisepsie du liquide, celle de l'instrument, celle de la plaie doivent être parfaites, afin d'éviter les accidents de phlébite qui se sont produits dans certains cas et ont été suivis d'infection purulente. Tout corps étranger causerait une embolie, le liquide doit donc être filtré. On peut se servir comme injecteur de l'appareil de Dieulafoy ou de celui de Potain ou encore du transfuseur de Colin.

Il faut tâcher d'utiliser la plaie déjà faite, si une seconde transfusion devient nécessaire.

II

L'injection sous-cutanée de grandes quantités d'eau dans le tissu cellulaire des cholériques a été recommandée dès 1883 par Samuel et Michaël. Cantani y eut recours à Naples en 1884, et eut 61 pour 100 de guérisons ; en 1886, Bela von Angyaes n'en obtint que 40 pour 100.

Siredey, en 1892, a employé l'hypodermoclyse chez 54 malades dès l'apparition de l'algidité et de la cyanose. Il injectait en même temps 1 à 2 cent.

d'éther et autant de caféine et employait par jour de 300 à 500 gr. de sérum artificiel, l'opération étant répétée selon les indications. Le nombre des guérisons a été de 16 sur 54 malades traités.

Mathieu a employé concurremment les injections sous-cutanées de sérum et celles de caféine ; il a injecté jusqu'à 1,200 gr. de sérum et est très favorable à ce mode de traitement.

A Hambourg, les avantages de l'hypodermoclyse ont été vantés surtout par Michaël et Guttmann et Galliard admet, avec ce dernier, que cette méthode de traitement a des avantages réels :

« 1° Elle peut être faite en ville, tandis que la transfusion intra-veineuse n'est praticable qu'à l'hôpital, et on peut la faire de bonne heure ;

« 2° Elle est moins dangereuse, puisqu'elle n'expose ni à l'entrée de l'air ni aux embolies ;

« 3° Elle donne des résultats moins brillants, moins saisissants, mais plus durables que l'autre opération. »

Galliard est donc d'avis de réserver la transfusion intra-veineuse pour les cas désespérés et de traiter d'abord par l'hypodermoclyse les cas d'intensité moyenne et les cas graves. . . . .

Le liquide à employer pour les injections sous-cutanées est le même que celui dont nous avons donné la formule pour les injections intra-veineuses. L'injection doit être faite soit sous la peau des régions sous-clavières et abdominales, soit à la partie inférieure de l'épaule, soit encore à travers les muscles de la cuisse ou de la fesse, en employant naturellement toutes les précautions antiseptiques. Il faut se servir d'une aiguille deux fois plus large et plus longue que celle de la seringue de Pravaz et on peut employer n'importe quel injecteur. Le plus simple est une bouteille dans laquelle on introduit un tube de verre formant siphon et que l'on place à une certaine hauteur au-dessus du lit du malade.

Tout médecin doit en temps d'épidémie pratiquer l'hypodermoclyse dès qu'il est appelé auprès d'un malade dont l'état lui semble grave ; Galliard est même tellement convaincu de l'utilité de l'opération qu'il a proposé de mettre dans les mains des praticiens une provision de sérum artificiel et un appareil très simple, afin qu'ils puissent faire l'opération au premier appel. Etant donné l'état de la santé publique, nos confrères n'auront peut-être que trop d'occasions d'expérimenter l'hypodermoclyse.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

MÉDECINE

Néphrite aiguë consécutive à la varicelle. — La varicelle est regardée comme une affection insignifiante; de fait, dans l'immense majorité des cas, elle évolue et se termine sans amener aucune complication ; aussi, dans la plupart des services hospitaliers n'isole-t-on pas les petits varicelleux.

Le pronostic de la varicelle semble bien moins redoutable, et l'isolement des petits malades bien moins utile, depuis que l'on a séparé la varicelle de la varioloïde. Ces deux affections étaient confondues, il n'y a pas encore beaucoup d'années; tous les auteurs ne sont même pas encore complètement convaincus qu'il ne s'agit pas là d'affections

sinon semblables du moins très voisines. Il est cependant démontré, aujourd'hui, qu'il n'existe entre elles aucun lien de parenté.

La varioloïde est une forme atténuée de la variole ; la varicelle s'en distingue par les caractères suivants :

1° C'est une maladie propre à l'enfance, absolument exceptionnelle chez les adultes;

2° La varioloïde, la variole ne préservent pas un enfant de la varicelle et réciproquement, un enfant peut être atteint de variole après une varicelle;

3° La vaccination n'immunise pas contre la varicelle et réciproquement, on peut vacciner avec succès un enfant qui a eu la varicelle.

4° Enfin, au point de vue épidémiologique, la varicelle ne donne, par contagion, que la varicelle et jamais une forme quelconque de la variole.

On a donc raison de considérer la varicelle comme une affection bénigne. Cependant, il serait exagéré de dire qu'elle l'est toujours; ses complications du côté du rein peuvent être redoutables. Henoch a décrit une néphrite varicelleuse analogue par bien des points à la néphrite scarlatineuse et pouvant comme elle amener la mort.

C'est un de ces cas de néphrite aiguë consécutive à la varicelle que M. Cassel a publié récemment et dont voici l'observation résumée :

Une petite fille de 4 ans, n'ayant eu antérieurement aucune maladie infectieuse, est atteinte de varicelle. Vers le douzième ou le quinzième jour de l'affection apparaissent les symptômes d'une néphrite aiguë hémorrhagique; elle a de l'œdème de la face, ses urines, d'un rouge foncé, contiennent beaucoup d'albumine et de sang; troubles digestifs, constipation; température à 39 degrés; les autres organes sont sains; pendant six jours, les symptômes de néphrite persistent avec toute leur intensité; puis ils disparaissent progressivement dans les douze jours suivants. L'enfant guérit complètement.

Rien dans le cas de cette petite fille ne peut faire soupçonner qu'il se soit agi, à la faveur de la varicelle, d'une poussée aiguë dans le cours d'une néphrite chronique.

M. Cassel n'avait jamais observé jusque-là la néphrite aiguë varicelleuse ; le nombre des varicelleux qu'il a soignés s'élève cependant à plus de deux cents. Quant à la gravité de cette néphrite, elle est variable, et tous les degrés d'intensité ont déjà été observés dans les cas jusqu'ici publiés (vingt-cinq environ). Trois fois la terminaison fut fatale : les lésions rénales ressemblaient alors à celles de la néphrite scarlatineuse.

C'est du cinquième au vingtième jour de la varicelle que se développe la néphrite ; elle dure ordinairement de douze à vingt-quatre jours.

Pour éviter cette complication toujours sérieuse, malgré sa rareté, on devra coucher les enfants, même pour les varicelles les plus légères, puis les garder à la chambre pendant encore une semaine. (*Deut. med. Woch*, 10 août.)

Néphrite aiguë consécutive à la vaccination. — Si la néphrite aiguë est très rare comme complication de la varicelle, elle doit être absolument exceptionnelle comme complication de la vaccine ; en effet, le premier cas connu vient d'être récemment publié en Allemagne par M. Perl.

Au mois d'octobre dernier, M. Perl vaccinait quatre enfants avec du vaccin de génisse provenant de l'Institut vaccinal de Berlin; trois piqûres à chaque bras. L'un de ces enfants, âgé de deux ans et demi, était un peu rachitique et avait présenté antérieurement un eczéma péri-anal très tenace. Néanmoins, son état général semblait bon, et ses parents étaient bien portants. Cinq jours après la vaccination, l'enfant eut de la fièvre et se plaignit de douleurs dans les reins et dans le ventre. Les vaccins avaient évolué normalement. M. Perl examina alors les urines ; elles étaient peu abondantes et assez fortement colorées ; elles contenaient une légère quantité d'albumine ; au microscope, on

y trouvait des cylindres hyalins renfermant des hématies et des cellules épithéliales, des leucocytes et des globules rouges en assez grande abondance. Les autres organes étaient sains.

Les vaccins continuaient leur évolution normale ; au bout de six jours, l'urine redevenait normale ; l'enfant guérit complètement. M. Perl avait prescrit le régime lacté et le repos au lit. Rien d'anormal ne s'était produit chez les trois autres enfants vaccinés en même temps.

C'est bien à la vaccine elle-même, d'après M. Perl, qu'il faut attribuer cette néphrite aiguë ; aucune autre cause ne peut être incriminée. Il est à remarquer toutefois que la néphrite n'a pas encore été observée dans les cas de vaccine généralisée, qui témoignent cependant d'une virulence particulière du vaccin. Peut-être faut-il accuser, dans le cas de M. Perl, une infection secondaire ou plutôt concomitante.

On a décrit dans la lymphe vaccinale des microcoques nombreux : staphylococcus pyogenes albus, aureus, staphylococcus flavescens, un microcoque particulier aérobie, ne liquéfiant pas la gélatine (Voigt), un micro-organisme mono-cellulaire rond ou ovale (Loeff et Pfeiffer), etc.; on sait, en outre, que le streptocoque de l'érysipèle a été quelquefois accidentellement inoculé en même temps que le vaccin. C'est à ces agents pathogènes qu'il faut attribuer certaines complications de la vaccination : l'érysipèle, des exanthèmes divers : roséole vaccinale, érythème polymorphe, urticaire ; le pemphigus, la septicémie avec ou sans suppuration, de véritables épidémies d'impétigo contagiosa (Pogge), etc. Peut-être ont-ils été aussi la cause de la néphrite chez le petit malade de M. Perl. Dans tous les cas, la conclusion pratique à tirer de ce fait remarquable, c'est qu'il faut examiner avec soin les enfants chez lesquels la vaccine détermine des phénomènes anormaux. On trouvera peut-être ainsi de nouveaux cas de néphrite aiguë vaccinale. (*Berlin. Klin. Woch*, n° 28).

Néphrite aiguë dans la coqueluche. — Depuis les recherches de Henoch sur la néphrite de la varicelle et de Michalsky, Baginsky, Henoch sur la néphrite ourlienne, on commence d'ailleurs à examiner systématiquement les urines des enfants atteints des maladies générales réputées les moins graves. On n'a cependant encore publié que quelques observations de néphrite aiguë dans le cours de la coqueluche. A ce titre, le fait que rapporte M. Lokkenberg, est réellement intéressant (*Vratch*, n° 51). Il s'agit d'une fillette de dix ans qui, six semaines après le début d'une coqueluche très intense, fut prise de céphalalgie et de vomissements ; elle présentait en même temps de l'œdème de la face. Dans les urines, très rares, on trouva une notable quantité d'albumine. Les autres organes étaient sains. Bientôt la malade fut prise de convulsions, puis, quarante-huit heures après le début des accidents, elle tomba dans le coma. Cet état extrêmement grave dura trois jours. Au bout de ce temps, les urines augmentèrent progressivement, l'albuminurie diminua, et les phénomènes urémiques finirent par disparaître. La durée de cette néphrite fut de trois semaines.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 septembre 1893. — Présidence de M. LE FORT

Des tractions rythmées de la langue

M. LABORDE communique une série d'observations qui toutes montrent l'excellence de la méthode des tractions rythmées de la langue dans les cas de mort apparente, soit chez le nouveau-né, soit dans les asphyxies toxiques. Une observation est particulière-

ment intéressante, elle est rapportée par le docteur Coriton et a trait à une malade qui se trouva en état de mort apparente à la suite d'un accès de suffocation et d'asphyxie du à une adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse; le rappel à la vie de cette malade, qui ne présentait plus de mouvements respiratoires même légers, n'avait plus de pouls ni de battements du cœur, fut obtenu après cinq minutes de tractions rythmées de la langue.

Dans une autre observation, le docteur Vigneau a imaginé une modification ingénieuse du procédé; il a opéré les tractions de la langue à l'aide d'un fil passé dans celle-ci et tenu entre les dents de façon à permettre en même temps l'usage des mains pour pratiquer simultanément les pressions thérapeutiques de respiration artificielle.

M. Worms donne lecture de son rapport sur les mémoires présentés à l'Académie pour le concours du prix Bartive. Trois mémoires tous relatifs au choléra de 1892, ont été distingués par la Commission dont il est le rapporteur. Le premier de MM. Thoinot et Dubief, est un historique de l'épidémie du département de la Seine et met nettement en relief sa propagation par l'eau de Seine contaminée en aval de Nanterre où se sont manifestés les premiers cas. Ce travail très consciencieusement poursuivi, est éclairé par des cartes qui permettent de suivre pas à pas l'expansion de l'épidémie. Il est complété par l'exposé des mesures prophylactiques qui ont enrayé le mal et qui ont consisté dans la désinfection de tous les locaux où se sont montrés des cas de choléra, et par la substitution d'eau de bonne qualité mise à la disposition des habitants, à l'eau suspecte.

Les diverses recherches très intéressantes de M. le Dr Galliard ont trait à la symptomatologie du choléra et font connaître des manifestations qui n'avaient pas été étudiées jusqu'à présent. Il faut citer surtout l'emphysème sous-cutané, les localisations hépatiques, l'arrêt dans l'évolution de la fièvre typhoïde chez les typhiques atteints de choléra, les effets favorables, obscurs parfois, dans des cas très graves de choléra, par les injections intraveineuses de sérum artificiel.

Le troisième mémoire dont M. Worms rend compte, émane d'auteurs anonymes, qui ont observé le choléra en 1892 à l'hôpital Saint-Antoine.

De très intéressantes observations sur la température des cholériques, sur les avantages de la balnéation répétée et des injections de sérum artificiel. Une étude bactériologique d'après laquelle la présence du bacille en virgule de Koch ne serait pas constante, doivent recommander ce travail à l'attention de l'Académie.

Les conclusions du rapport seront lues à la fin de la séance en Comité secret.

M. Chauvel lit un rapport sur les divers mémoires présentés pour le prix Laborie.

La séance est levée à 4 h. 3/4.

Des secours à donner aux noyés

Ce titre a l'air banal et surtout de n'apporter avec lui aucun intérêt en parlant d'un sujet que tout le monde doit connaître et disons-le, tant soit peu rabattu. Il n'en est cependant rien. Les récentes communications de M. Laborde à l'Académie de médecine, les différents travaux qui ont paru sur la question ont beaucoup changé la formule de la conduite à tenir. Il y a aujourd'hui une succession de manœuvres qui demandent toutes à être faites en leur moment et à être connues. Aussi nous empressons-nous de reproduire l'article rédigé par le docteur Mareschal dans le *Journal de médecine pratique* et destinée aux régiments de pontonniers. Nous ne pouvons mieux faire que de citer le véritable texte ;

« Aussitôt que le noyé sera retiré de l'eau :

« I. — Après avoir étendu le corps sur le dos en laissant la tête basse, dégagé le cou en enlevant ou coupant le col et la cravate, écarté les mâchoires et fait maintenir cet écartement par un aide (n° 2); enfin, débarrassé rapidement la gorge des mucosités qui peuvent l'obstruer, *on pratiquera immédiatement le « procédé de la langue »* de la façon suivante :

« L'opérateur (n° 1), saisissant solidement le corps de la langue entre le pouce et l'index, avec un mouchoir ou un linge quelconque et même au besoin, avec les doigts nus, exerce sur elle, quinze fois par minute, de fortes tractions rythmées suivies de relâchement.

« Il est indispensable qu'il se rende bien compte que ces tractions agissent sur la racine même de la langue et non pas seulement sur la pointe.

« Tout à fait au début, et seulement pendant les deux ou trois premières tractions, il sera utile d'introduire l'index de l'autre main dans l'arrière-gorge, de façon à provoquer le vomissement.

« En même temps, deux aides (n°s 3 et 4) pratiquent la *« respiration artificielle »*, en opérant simultanément des pressions rythmées et énergiques, l'un (n° 3) sur les deux côtés de la poitrine, concentriquement, l'autre (n° 4) sur le ventre, de bas en haut. Ces pressions sont faites quinze fois par minute et suivies, chaque fois, d'un relâchement brusque et simultané.

« L'opérateur qui agit sur la langue prononce le commandement : *une*, au moment où il opère la traction, et le commandent : *deux*, lorsqu'il fait rentrer la langue dans la bouche. Les pressions sur la poitrine et le ventre doivent coïncider avec le commandement : *deux*, et leur cessation, avec le commandement : *une*.

« Ces soins immédiats doivent être appliqués durant au moins *quinze minutes*, pendant lesquelles on fait, dans la limite des moyens dont on dispose, frictionner et réchauffer le patient.

« Il faut ensuite :

« II. — Transporter rapidement le noyé au poste de secours ou dans un abri proche et bien aéré ; le déshabiller, l'essuyer, l'envelopper avec un peignoir de flanelle et le coucher sur un lit en laissant la tête basse. Si le retour de la respiration ne s'est pas produit, on emploie alors le procédé suivant dit : « Procédé de Sylvester » pour la respiration artificielle.

« Après avoir fait saillir la poitrine en passant sous les reins des vêtements roulés ou coussin ; les mâchoires étant écartées et la langue maintenue, autant que possible, hors de la bouche, par un aide placé à califourchon au niveau du ventre du patient, l'opérateur, agenouillé à la tête du noyé, fait ployer les avant-bras, saisit les coudes et les appuie fortement sur les parois de la poitrine (1er temps); les en écarte horizontalement, de façon que chacun d'eux forme un angle droit avec le corps (2e temps) ; les enlève verticalement en avant de la tête (3e temps) ; puis les rabat directement sur la poitrine (1er temps). La même manœuvre est répétée quinze fois par minute, pendant dix minutes.

« III. — Ensuite on emploiera de nouveau pendant quinze minutes, le « Procédé de langue » combiné avec celui de la « Respiration artificielle », ainsi qu'il est dit au paragraphe 1. On alternera ainsi les deux méthodes pendant une heure au moins.

« IV. — Simultanément, il est utile que d'autres aides soient occupés à rappeler la circulation et la chaleur par les moyens suivants :

« Frictions sur tout le corps, la plante des pieds, la paume des mains avec des gants de crin, des frottoirs de laine, des linges chauds, etc.; massage et pétrissage des mem-

bres; flagellations avec des paquets d'orties, bassinoire ou cruchons remplis d'eau chaude promenés sur tout le corps, fer à repasser, briques ou cailloux chauffés, en prenant la précaution de ne pas produire de brûlures. Si le noyé fait des efforts pour respirer, passez rapidement sous le nez ou devant la bouche, une petite éponge ou un petit linge imbibé d'ammoniaque; s'il a des envies de vomir, introduire le doigt au fond de la gorge. Il ne faut pas lui donner à boire avant qu'il ait repris ses sens, mais on peut, en vue de le ranimer, introduire dans la bouche quelques gouttes d'eau-de-vie, de vinaigre, d'alcool camphré, etc.

« On se rappellera qu'il faut toujours secourir un noyé et insister longtemps. Si la submersion a duré cinq minutes, on réussit presque toujours; on a sauvé des noyés après plus d'une demi-heure de submersion.

« Les infirmiers et les moniteurs de natation seront exercés d'avance au sauvetage des noyés; on leur enseignera surtout à n'employer que les moyens dits « de fortune », c'est-à-dire les seules ressources qu'ils auront sous la main au moment de l'accident.

FORMULAIRE

Onguent boriqué pour les pansements. — Khœler.

Acide borique	10 grammes
Glycérine	30 —
Lanoline	40 —
Vaseline	20 —

M. pour onguent.

Lanoline	50 grammes
Vaseline américaine	10 —

M. pour onguent.

Créosote et poivre turc dans la phtisie. — Newcunb.

Créosote	ââ 11 gr. 25
Infusion de poivre turc	ââ 11 gr. 25
Mucilage de gomme arabique	15 —
Eau distillée, q. s. pour	120 —

à prendre, après chacun des repas principaux, une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau sucrée.

Contre l'hyperhydrose des pieds

Kaposi préconise le traitement suivant :

Faire matin et soir, un lavage des pieds avec la mixture suivante :

Naphtol	5 gr.
Glycérine	10 —
Alcool	110 —

Médicament.

Faire saupoudrer les pieds avec une poudre ainsi composée :

Naphtol pulvérisé	2 parties.
Amidon en poudre	180 —

Mécicament pour l'usage externe.

On peut encore, le matin, saupoudrer les pieds avec le mélange suivant :

Poudre de talc	40 parties
Sous-nitrate de bismuth	45 —
Permanganate de potasse	3 —
Salicylate de soude	2 —

Médicament pour l'usage externe.

Formule contre les excoriations chez les enfants (M. Crondall).

Acide salicylique	0 gr. 5
Sous-nitrate de bismuth.	8 —
Amidon	6 —
Onguent de rose........	30 —

Pour onctions.

COURRIER

Les journaux politiques sont très friands de nouvelles médicales depuis quelque temps. La mission de M. Chantemesse a fait l'objet de plusieurs articles, dans le *Matin*, notamment, et cette feuille a même été jusqu'à écrire cette phrase, qui a dû bien déplaire au nouvel inspecteur adjoint du service sanitaire. Nous transcrivons textuellement :

« Du reste, M. Proust devrait plutôt être reconnaissant au docteur Chantemesse de lui éviter la corvée d'un semblable voyage (il s'agit du voyage à Constantinople). De nos jours, on lutte contre les épidémies à coup de microscope et d'antiseptiques, et M. Proust appartient à une génération de savants qui a beaucoup moins que les jeunes gens l'habitude de se servir de l'un et des autres... »

M. Proust a cependant pour lui, il nous semble, la clinique et l'expérience acquise par de longs services, ce qui est quelque chose. Quant *aux coups de microscope*, il s'en donne bien quelques-uns dans son beau laboratoire de la Faculté.

Les droits d'inscription en Russie. — Les inscriptions ne sont pas précisément à bon marché en Russie. D'après les journaux russes, les étudiants payent, à Moscou : la première année d'études, 86 roubles; la deuxième année, 96 roubles 50 kop.; la troisième année, 92 roubles; la quatrième année, 101 roubles; la cinquième année, 96 roubles 50 kop. Cela revient à 472 roubles, soit 1,888 francs pour toute la durée des études médicales. — A l'Académie de Saint-Pétersbourg, les étudiants ne payent que 60 roubles, soit 270 francs par an.

Corps de santé de la marine et des colonies.— M. le médecin principal Fontorbe débarque du *Neptune* et rallie Brest, pour embarquer sur le *Suffren*.

M. le médecin principal E. Roux prend le service du 5e dépôt, en remplacement de M. le médecin principal Siciliano, qui embarque sur le *Neptune*.

MM. les médecins de 1re classe Salanoue-Ipin et Bousquet débarquent, le premier de la *Drôme*, le second du *Hoche*, et rallient Brest.

M. le médecin de 1re classe Bourdon est rentré de l'île Molène, où il était en mission.

M. le médecin de 2e classe Le Floch est envoyé en mission à Camaret, en remplacement de M. le médecin de 1re classe Négadelle, qui est rentré malade à Brest.

M. le médecin de 2e classe Prigent est envoyé en mission à Trébéron.

MM. les médecins de 1re classe des colonies Roques et Texier sont appelés à servir, le premier au Congo, le second au Soudan français.

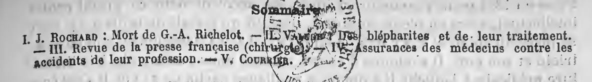
M. le médecin de 1re classe Vinas débarque de la réserve et est remplacé sur le bâtiment central par M. Nollet, officier du même grade.

M. le médecin de 2e classe Sévère embarque sur la *Caravane*.

M. le médecin de 2e classe Mottin arrive de Brest et embarque sur la *Drôme*.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.



MORT DE G.-A. RICHELOT

Dans notre numéro de mardi dernier, nous avons annoncé à nos lecteurs la perte nouvelle que vient de faire le corps médical dans la personne du docteur Richelot. Son âge avancé, la maladie cruelle dont il était atteint depuis deux ans, faisaient prévoir sa fin prochaine; sa mort n'en a pas été moins douloureuse pour sa famille et pour ses amis.

Richelot n'était pas un inconnu pour les lecteurs de l'*Union médicale*. Ils savent qu'il en fut le fondateur, en 1847, avec Amédée Latour et Aubert-Roche, à la suite du congrès médical de 1845. Ceux qui comme nous ont suivi ce journal depuis son apparition, se rappellent le succès hors ligne qu'il obtint dès son début. Le talent, l'esprit critique de ses rédacteurs, la franchise, l'indépendance et l'autorité avec lesquelles ils exprimaient leur opinion, le placèrent immédiatement sur la même ligne que la *Gazette médicale*, qui avait alors à sa tête cet écrivain de premier ordre, ce polémiste de grande envergure qui s'appelait Jules Guérin.

Cette forme du journalisme médical active et militante n'est plus de notre temps. On préfère aujourd'hui l'abondance des documents, la richesse de l'information, moins d'appréciations et plus de faits. Cela donne moins de peine et crée moins d'inimitiés; c'est tout profit pour les rédacteurs; mais il est bien permis aux anciens de regretter la manière d'Amédée Latour et de Richelot. Ce ne fut du reste qu'un épisode dans la vie scientifique et littéraire de ce dernier. Il se fit connaître d'abord par des traductions d'ouvrages anglais. Il fit, en collaboration avec Chassaignac, celle des œuvres complètes d'Astley Cooper, en se chargeant de la besogne la plus pénible et la plus longue, car Chassaignac s'est borné à rédiger les notes qui enrichissent l'ouvrage et qui ont, du reste, une grande valeur.

Richelot a fait passer ensuite dans notre langue les œuvres de Hunter. Ricord a complété le volume des maladies vénériennes en y ajoutant des commentaires d'une telle importance qu'il s'est pour ainsi dire approprié l'ouvrage et que c'est là qu'on trouve le premier exposé complet de sa doctrine.

Nous pourrions citer encore d'autres collaborations dans lesquelles des noms plus illustres se sont substitués à celui de Richelot; mais il est inutile de revenir sur un passé si lointain et il nous tarde d'arriver à son œuvre la plus brillante et la mieux réussie. C'est lui qui a dirigé l'éducation de son fils et l'a fait ce qu'il est. Nous ne pouvons pas en dire davantage dans un journal dont il est le directeur.

Richelot appartenait à cette race bretonne vigoureuse et persévérante qu'aucun obstacle ne rebute et qui peut, sans faiblir, supporter une somme de travail considérable. Ce sont là les qualités qui l'ont soutenu pendant le cours de sa longue carrière. Après avoir fait ses études à Nantes, il vint à

Paris en 1831 pour y soutenir sa thèse. En arrivant dans ce grand centre intellectuel, alors en pleine floraison, il sentit qu'il était de taille à s'y faire sa place au soleil et il s'y fixa, comme l'avait fait Chassaignac, son compatriote et son ami. Il s'adonna d'abord, comme nous l'avons dit, à la littérature médicale, à laquelle il a donné la meilleure partie de sa vie. Il s'est consacré plus tard à la médecine thermale et a fini sa carrière aux eaux du Mont-Dore, dont il était inspecteur,

Richelot avait conservé jusque dans ces dernières années toute son activité physique et la plénitude de sa santé. Il y a deux ans, on le voyait encore nager comme un jeune homme, dans les eaux de l'Océan.

Ses facultés intellectuelles avaient conservé la même puissance. Sa conversation vive, animée, son esprit fin et original, lui conciliaient toutes les sympathies et il savait les retenir par ses qualités solides et par la droiture de son caractère.

Il laissera dans la mémoire de ses malades, le souvenir d'un médecin de talent habile et dévoué et dans le cœur de ceux qui ont vécu dans son intimité, celui d'un ami sûr et d'une loyauté à toute épreuve.

J. Rochard.

DES BLÉPHARITES ET DE LEUR TRAITEMENT

par M. Valude, Leçons professées à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.)

Messieurs,

Nous traiterons aujourd'hui des irritations et inflammations variées qui ont leur siège principal au bord libre des paupières et qu'on nomme des blépharites. Nous verrons que l'affection, qui peut en certains cas rester très limitée, est susceptible, en d'autres, de s'étendre et de changer tellement d'aspect, que le point de départ en soit difficile à reconnaître.

Mais, parlons d'abord de la forme la plus simple.

L'hyperhémie des paupières

L'hyperhémie simple du bord libre des paupières est une affection très commune et sur laquelle la plupart du temps on n'attire pas l'attention du médecin; elle mérite cependant d'être reconnue et traitée, car elle peut être l'avant-coureur d'une blépharite, qui est une maladie toujours gênante, souvent rebelle et parfois grave en ses conséquences.

Symptômes. — L'hyperhémie du bord palpébral consiste dans une rougeur du bord des paupières qui offrent la teinte connue sous le nom de *rose jambon*, sans qu'on puisse y observer ni excoriations ni vésicules capables de faire admettre l'existence d'une blépharite caractérisée. Le bord palpébral est luisant, parfois un peu gonflé, et l'affection occasionne des démangeaisons et même une véritable cuisson, surtout après quelque temps d'application à la lecture ou au travail.

Ces phénomènes douloureux se manifestent ordinairement le matin au réveil et, dans d'autres conditions, le soir, sous l'influence du travail à la lumière artificielle.

Etiologie. — L'hyperhémie palpébrale est très commune, elle peut être engendrée et entretenue par des causes variées.

Elle accompagne ordinairement la conjonctivite chronique, et surtout le larmoiement, causé lui-même par une sténose des voies lacrymales. En dehors de tout état pathologique des parties externes de l'œil, on peut la rencontrer chez des sujets exposés à des poussières ou des vapeurs irritantes, et ce prodrome de la blépharite se voit fréquemment chez les hommes qui fument beaucoup et surtout chez ceux qui passent une grande partie de leur temps au café, exposés à la fumée du tabac; l'hyperhémie palpébrale se trouve ainsi être indirectement un des symptômes propres aux alcooiques.

On l'observe aussi chez des individus soumis à un travail excessif de fixation, comme chez certaines ouvrières, par exemple.

Le plus souvent dans ce dernier cas, l'hyperhémie palpébrale ne reconnaît pas d'autres causes que les efforts constants d'accomodation que nécessite, pour un travail continu, une anomalie de réfraction comme l'hypermétropie ou l'astigmatisme. Toutefois, il se voit assez souvent, que l'hyperhémie des bords palpébraux atteint des individus emmétropes par le simple fait de la fatigue oculaire que cause un travail continu ou effectué dans de mauvaises conditions d'éclairage ou même d'hygiène générale.

Enfin, en l'absence même de ces causes particulières d'irritation, on voit fréquemment cette forme d'hyperhémie marginale des paupières chez les sujets blonds, lymphatiques, dont elle forme l'apanage ordinaire. Elle constitue un des traits caractéristiques de leur physionomie.

Traitement. — L'hyperhémie marginale, n'étant que le prélude de la blépharite, sera traitée à peu près de même, mais avec moins de rigueur. Le principal objectif de l'ophtalmologiste sera de découvrir la cause exacte de l'hyperhémie, pour y remédier en conséquence.

En dehors de l'amétropie qui sera corrigée par des verres appropriés ou de l'influence irritante qui, surtout celle du tabac et de l'alcool, devra être écartée, on se bornera à prescrire au malade des lavages quotidiens, très chauds, pratiqués soit avec une solution boriquée, soit simplement avec une solution de camomille ou de thé vert (1). La conjonctivite chronique papillaire qui accompagne l'hyperhémie des paupières, recevra un traitement spécial.

Blépharites

Nous avons vu à quelles influences était soumise la production de l'hyperhémie des paupières ; les mêmes causes, quand elles sont plus intenses et continues, peuvent amener un véritable état irritatif du bord libre des paupières, c'est alors la blépharite.

Etiologie. — L'inflammation du bord des paupières peut, en effet, naître d'une irritation de voisinage, de la conjonctive ou des voies lacrymales, et c'est même le cas le plus fréquent où la blépharite coïncide avec une conjonctivite ou du larmoiement.

(1) Le thé vert qui contient une petite proportion de sels de cuivre constitue un topique d'une certaine valeur pour les hyperhémies palpébrales.
On sait que cette circonstance tient à ce que les feuilles de thé sont mises à sécher sur des plaques de cuivre.

Toutefois la blépharite est souvent engendrée directement par des agents extérieurs susceptibles de produire l'irritation ; c'est ainsi qu'il faut tenir compte des poussières, des vapeurs irritantes, de la fumée du tabac, de l'influence d'une lumière vive comme le soleil des pays chauds, la neige des hautes montagnes, ou l'éclat artificiel des fournaises de l'industrie.

C'est dans cette classe que rentrent les blépharites *professionnelles*, soit que la maladie ait été causée par une lumière excessivement vive, comme dans la soudure électrique, par exemple, soit qu'elle résulte de l'action de substances chimiques, comme les vapeurs de soufre ou de phosphore, pour prendre les cas les plus communs.

Plus rarement que l'hyperhémie simple, la blépharite reconnaît pour cause l'excès d'accommodation qu'entraîne l'hypermétropie ou l'astigmatisme.

Enfin la blépharite peut se manifester spontanément comme le fruit de la constitution particulière de l'individu, et alors elle se présente sous deux formes assez distinctes : la *blépharite scrofuleuse*, la *blépharite herpétique ou eczémateuse.*

Pour bien comprendre l'éclosion et la marche des blépharites, il faut retenir la notion que les causes extérieures n'agissent guère que pour provoquer l'apparition de l'une des deux variétés de la maladie sur son terrain spécial. Ici, l'action des poussières donnera la blépharite scrofuleuse, là elle provoquera l'apparition de l'eczéma des paupières.

Il n'y a pas seulement une question de terrain particulier, il y a encore parallèlement une question d'âge. Les enfants, non encore en possession de leur complet développement, présentent plus souvent des blépharites d'apparence scrofuleuse que les adultes.

Symptômes. — L'étude des symptômes comprendra donc deux tableaux cliniques distincts correspondants aux deux formes principales de blépharite.

Blépharite scrofuleuse

La blépharite scrofuleuse se montre chez les enfants malingres, chétifs, au teint pâle, aux cheveux blonds, aux joues blafardes et bouffies ; elle coïncide presque toujours avec des altérations scrofuleuses de la conjonctive et de la cornée, formant ainsi un ensemble pathologique que nous avons étudié et décrit sous le nom d'ophtalmie scrofuleuse (1).

Un des symptômes les plus frappants de cette maladie consiste en ce que, le matin, le bord libre des paupières est agglutiné par des croûtes qui collent les cils entre eux et empêchent les paupières de s'ouvrir. Rarement, à moins de prendre de grandes précautions et de ramollir avec soin les croûtes, le malade parvient à décoller ses yeux sans arracher quelques cils. Il en résulte que la maladie est entretenue et aggravée quotidiennement par la violence exercée chaque matin pour la séparation des paupières.

L'état d'inflammation dans lequel se trouvent la conjonctive et les glandes de Meibomius détermine dans les yeux une sensation de gravier, qui est augmentée encore par le larmoiement qui résulte de l'altération du bord

(1) De Saint-Germain et Valude. *Traité pratique des maladies des yeux chez les enfants,* Steinheil, 1887.

des paupières et de la chute des cils. Le malade n'entrouve que partiellement les paupières, il se plaint de raideurs et de sécheresse qui alternent avec l'agglutination des paupières, de chaleur, de cuisson et de photophobie, symptômes qui s'exagèrent beaucoup à la vive lumière et surtout le soir.

Enfin, les larmes qui s'écoulent sur la joue y déterminent à la longue une irritation qui se traduit par des excoriations souvent très étendues et très douloureuses.

La blépharite scrofuleuse, dans ses modalités, comprend elle-même deux formes, qui peuvent se précéder réciproquement et qui présentent entre elles quelques différences.

La première de ces formes, en effet, se caractérise par une hypertrophie inflammatoire du bord libre de la paupière, tandis que la seconde offre plutôt une tendance à la formation de pustules purulentes, dégénérant en ulcérations destructives des follicules pileux.

1° *Blépharite scrofuleuse hypertrophique.* — L'affection débute lentement et sous l'effort de poussées successives d'hyperhémie palpébrale, de conjonctivite scrofuleuse. A la période d'état, elle est caractérisée par un gonflement induré de la paupière qui est d'un rouge foncé, offrant toutes les apparences d'un état inflammatoire torpide. La base des cils est souvent encroûtée de pellicules épaisses, et les cils eux-mêmes, devenus rares et inégaux, sont fréquemment déviés.

En somme, l'état de cette paupière rappelle entièrement le gonflement atonique et sub-inflammatoire qu'on observe à la lèvre supérieure des enfants scrofuleux; cet aspect est caractéristique de ce que nous aurons à synthétiser ultérieurement sous le nom d'ophtalmie scrofuleuse.

A la longue le bord palpébral irrégulièrement induré et gonflé dans toutes ses parties, se contourne, s'applique incomplètement au bord opposé et enfin se dévie en dehors; c'est ce qu'on appelle parfois le *tylosis.*

2° *Blépharite scrofuleuse exulcérative.* — Cette blépharite a pour caractères essentiels la suppuration et la destruction des follicules pileux.

Quelquefois, la blépharite hypertrophique la précède, comme aussi elle peut elle-même préparer l'établissement de l'hypertrophie scrofuleuse de la paupière.

Dans cette variété, les bords eux-mêmes de la paupière sont moins hypertrophiés, mais les tissus palpébraux, dans leur totalité, sont le siège d'un gonflement plus franchement inflammatoire que précédemment. C'est qu'aussi cette forme de blépharite scrofuleuse coïncide le plus souvent avec une inflammation conjonctivale plus ou moins intense et l'œdème inflammatoire est étendu à toute l'épaisseur de la paupière.

La principale caractéristique de la blépharite ulcéreuse est dans l'état des cils et des glandes sébacées y attenant. On voit s'élever juste sur le bord marginal des pustules acuminées purulentes, qui sont traversées par un cil.

Arrache-t-on un de ces cils, il s'écoule une gouttelette de pus, et à la place de la pustule s'établit une ulcération quelquefois profonde qui se comble de croûtes. Ces croûtes elles-mêmes sont fort peu adhérentes et

les manœuvres quotidiennes de la toilette, qui les enlevent, laissent après elles une surface ulcéreuse dont la guérison est souvent lente à se faire.

A la période d'état, on voit coïncider sur un même bord palpébral des altérations représentant les diverses phases de ce processus évolutif : la pustule en voie d'accroissement, la pustule prête à s'ouvrir, l'ulcération et enfin la croûte protectrice de l'ulcère.

Souvent les pustules, d'un petit volume, se dessèchent sans s'ouvrir et sans suppuration véritable. Le bord ciliaire apparaît alors encroûté de matière jaunâtre, d'apparence impétigineuse, qui se dessèche et tombe sans laisser d'ulcérations visibles. C'est la forme glandulo-ciliaire proprement dite.

Il n'est pas de variété de blépharite qui, plus que celle-ci, occasionne la perte des cils; presque tous ceux-ci s'éliminent avec la suppuration et sont remplacés par des cils ténus, faibles, peu colorés, souvent mal plantés et mal dirigés. D'autres fois, les cils tombent complètement et la paupière dépourvue de ceux-ci présente l'état qui prend le nom de *madarosis.*

Enfin, la cicatrisation des différents ulcères qui se sont développés sur le bord libre de la paupière, figure, quand ceux-ci ont été considérables, des pertes de substance qui se profilent à la manière d'un bord crénelé; ajoutons que le travail général de la cicatrisation entraîne une rétraction totale des tissus palpébraux et comme conséquence la formation d'un entropion souvent fort gênant.

Pronostic. — Arrivée à ce degré, à l'entropion, la blépharite est une affection qui doit être considérée comme très grave, en raison de l'état incurable des parties et aussi en raison du danger incessant auquel est exposé l'œil. Celui-ci est soumis, en effet, à l'influence de la moindre irritation extérieure et, plus souvent encore, directement atteint par les cils en état de déviation (Dritichiaris, Trichiasls).

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

—

CHIRURGIE

Traitement de la péritontie tuberculeuse. — C'est dans le *Lyon-Médical* que nous prenons la traduction d'un article de la *Revista de siencias medicas de Barcelona* et *Siglo medico.* Comme on va le voir, d'après cet extrait, le procédé employé par M. Duran pour guérir ses malades ne manque pas d'une certaine originalité. Frappé par ce fait que la laparotomie est aujourd'hui le meilleur traitement de la péritonite tuberculeuse, M. Duran en a cherché l'explication. Pour lui, il paraît établi qu'à la suite de l'opération il s'opère dans la séreuse un travail irritatif, caractérisé principalement par une prolifération conjonctive qui conduit à l'encapsulation et à la crétification des bacilles et des produits pathologiques engendrés par eux. Quel est l'agent qui éveille cette réaction du péritoine ? L'évacuation du liquide peut y contribuer en donnant du repos à la séreuse infectée, mais cela n'est évidemment pas suffisant. — Pour l'auteur de ce travail l'agent de cette irritation nutritive doit être l'air atmosphérique, qui dans le cours de l'opération se met en contact avec toute l'étendue du péritoine.

Estimant donc que la laparotomie n'est pas nécessaire pour mettre le péritoine en

contact avec l'air atmosphérique, il eut l'idée de pratiquer, après la paracentèse et l'évacuation du liquide, une injection d'air dans la cavité péritonéale. — Cet air, pour être privé de tous germes infectieux, avait traversé un appareil qui le rendait complètement sec et aseptique. Il employa ce traitement avec succès chez deux malades. Le premier était atteint d'une péritonite tuberculeuse typique dont l'évolution rapide présageait une terminaison fatale à bref délai. Après la paracentèse il injecta toute la quantité possible d'air et le laissa séjourner pendant quelques minutes en pratiquant des manipulations qui avaient pour but de mettre en contact avec ce gaz tous les points de la surface péritonéale, de façon à faire recevoir au péritoine un véritable *bain d'air*. Bientôt il fit sortir la plus grande partie de l'air introduit et plaça un bandage légèrement compressif. La ponction avait donné issue à douze litres de liquide. — L'opération fut suivie d'une légère péritonite, avec soif et nausées, mais la température ne dépassa pas 38°,5. Le ventre resta tympanique pendant une semaine, après laquelle commença la résorption de l'air introduit. Le malade quitta l'hôpital au bout de six semaines, ne conservant plus des phénomènes anciens qu'une légère douleur à la palpation.

Encouragé par ce succès, M. Duran se décida à employer le même traitement chez un malade atteint à la fois de tuberculose dans le poumon droit et dans le péritoine. Cet homme présentait de plus une hernie ombilicale dont le sac était plein de liquide. Le chirurgien, après la ponction, l'introduction et l'évacuation de l'air, appliqua sur l'anneau ombilical un bandage compressif. Les suites furent plus simples encore que dans le cas précédent. Au bout de six jours, en levant le bandage on put constater que la peau de l'ombilic adhérait à l'anneau.

L'auteur conclut en exprimant l'espoir que la méthode proposée par lui pourra, dans beaucoup de cas, remplacer la laparotomie sur laquelle elle présente le grand avantage d'être inoffensive, à la condition de prendre toutes les précautions nécessaires.

Dans les cas rares de péritonite à forme sèche on ne pourrait pas employer le trocart; il faudrait alors pratiquer l'injection par un petit orifice ouvert, couche par couche, procédé dont l'application serait loin d'avoir l'importance de la véritable laparotomie.

Traitement des fibromes utérins par l'électricité. — MM. Labadie-Lagrave et Regnier reprennent dans le numéro de septembre des *Archives générales de médecine* cette question déjà si discutée de la valeur de l'électricité dans le traitement des fibromes.

Quoique fait par des médecins, ce travail est surtout intéressant pour les chirurgiens qui ont entre les mains le dernier moyen de traiter ce néoplasme et c'est pour cela que nous donnons ici les points originaux de ce mémoire.

Après avoir exposé l'historique de la question et les différentes méthodes d'application de l'électricité, y compris la technique de l'électrolyse à l'iodure de potassium et celle avec l'électrode de fer, les auteurs, d'après les résultats obtenus par eux, posent les indications et les contre-indications du traitement électrique.

Il convient : 1° lorsqu'on est en présence de tumeurs de petit volume, suffisantes cependant pour provoquer de la gêne dans la marche, des troubles dans la miction et des douleurs dans le ventre ; que ces tumeurs soient accompagnées ou non d'hémorrhagies, pourvu que les annexes soient saines et ne contiennent ni kystes, ni pus, ni sang.

Dans les cas où il n'y a pas de perte, il faudra donner la préférence aux applications intra-utérines négatives, l'action résolutive de ces cas étant plus énergique.

S'il y a hémorrhagie, il faudra préférer l'électricité au curettage ou à la castration, sauf dans les cas où le fibrome est accompagné de collections suppurées ou hématiques des annexes; dans les fibromes pédiculés intra-utérins ou dans ceux enclavés dans le

petit bassin; enfin, dans ces mêmes tumeurs qui s'accompagnent d'hydrorrhée. Dans ce dernier cas l'électricité ne diminue ni les pertes de liquide, ni le volume de la tumeur, elle tend plutôt à aggraver ces symptômes en provoquant la contraction utérine. Chez toutes ces malades où l'électricité est contrindiquée, il faut avoir recours à l'opération et d'autant plus vite que l'état général s'aggrave.

Enfin, dans les cas de douleurs occasionnées par la compression, les applications de courants continus descendants amènent la sédation en provoquant la diminution de la tumeur.

S'il s'agit de neurasthénie pelvienne, on donnera la préférence à la faradisation avec les bobines à fil fin et les intermittences rapides.

Enorme kyste de l'ovaire. — M. Dayot fils (de Reims), cite dans les *Archives provinciales de chirurgie* du mois de septembre, le cas d'une jeune fille de 17 ans, qui portait depuis plus de trois ans un kyste de l'ovaire. Ce dernier avait atteint un volume considérable. Le ventre contenait, en effet, près de 80 litres de liquide, 15 litres pour l'ascite, et 65 pour le kyste : Le poids de la tumeur, contenant et contenu, était de 90 kilogrammes et la jeune fille qui la portait pesait à peine 30 kilogrammes. C'est, à la connaissance de M. Dayot et à la nôtre, la plus grosse tumeur de l'abdomen qui ait été enlevée, et avec succès.

L'opération dura deux heures et demie, sur lesquelles il faut compter une heure pour la seule évacuation du liquide et, malgré le diamètre relativement petit du trocart, on dut à trois reprises différentes interrompre l'écoulement et pratiquer des injections hypodermiques de caféine et d'éther, à cause des véritables syncopes occasionnées par la décompression abdominale.

Les adhérences étaient nombreuses dans toute l'étendue de la paroi antéro-latérale de l'abdomen. Elles furent toutefois facilement détachées. L'épiploon adhérent fut réséqué et il n'existait heureusement aucune adhérence viscérale. Le pédicule volumineux put cependant être enserré dans une ligature en chaîne et réduit dans le ventre. Bien entendu, il existait de la paroi abdominale à ne savoir qu'en faire. Malgré toutes ces difficultés la malade guérit et aujourd'hui, trois ans après l'intervention, c'est une belle personne, grande, forte et bien réglée.

Injections hypodermiques de sérum artificiel dans les hémorrhagies chirurgicales. — Dans les interventions sanglantes où les hémorrhagies sont inévitables ou difficiles à arrêter, comme dans les ablations de polypes nasopharyngiens, dans les extirpations de tumeurs de la face, dans les hystérectomies vaginales notamment, où la femme peut perdre une grande quantité de sang avant qu'on soit arrivé à saisir le point qui donne, il est utile d'avoir à sa disposition un moyen de relever le pouls et de donner momentanément des forces à son opéré. Aussi, outre les injections d'éther et de caféine, emploie-t-on couramment dans les grands services de chirurgie les injections hypodermiques de sérum artificiel et l'une des meilleures formules, l'une des plus usitées, est celle que M. Chéron recommande dans son dernier ouvrage ; la voici :

Sulfate de soude..........	8 grammes
Phosphate de soude........	4 —
Chlorure de sodium........	2 —
Acide phénique neigeux....	1 —
Eau distillée stérilisée......	100 —

On fait en général une injection de 5 à 10 grammes que l'on peut renouveler plusieurs fois et à plusieurs reprises. Le point d'élection est la région antérieure de la cuisse ou bien encore la région fessière.

Deux cas de trachéotomie d'urgence. — Sous ce titre M. Demons a fait à la *Société de médécine et de chirurgie de Bordeaux* une communication des plus intéressantes par l'intérêt dramatique des observations qu'il a retracées.

Dans le premier cas, il s'agit d'une fillette trachéotomisée pour croup depuis quinze jours. La plaie est cicatrisée. Seul, un léger cornage persiste. Un dimanche soir, avant dîner, M. Demons va voir sa malade et la trouve joyeuse, courant au milieu de la chambre. Satisfait de son état, il se retire, et est reconduit à la porte par la domestique, qui tient à la main une lampe allumée. Tout à coup, la mère court avec sa fille derrière le chirurgien, le priant de regarder encore la cicatrice opératoire. M. Demons, abaissant du doigt le foulard qui enveloppe le coup de l'enfant, s'apprête à faire l'examen désiré, quand, subitement, l'enfant pâlit et tombe sans vie des bras de la mère affolée qui s'échappe en criant : « Ma fille est morte ! » M. Demons recommande formellement à la domestique de rester à ses côtés avec la lampe allumée; il jette l'enfant sur un fauteuil, sort de sa trousse un bistouri et d'un coup, sans enlever le foulard, fend la trachée. Rien n'en sort, ni sang ni air. Prenant une sonde de femme, il l'introduit alors dans la plaie trachéale et pratique une insufflation qui vient seconder la respiration artificielle. Au bout d'un long moment apparaît une première inspiration, semblable à celle des mourants ; puis, peu à peu, une seconde inspiration. La malade enfin respire et guérit, gardant une petite fistulette à cause du port de la canule continué pendant trois ans.

Dans un second cas, M. Demons part voir un malade, cette fois sans sa trousse. Au moment où il va rentrer chez lui, il est abordé par un monsieur qui sort effaré d'une voiture et le prie de venir trachéotomiser un de ses parents qui étouffe. Le médecin de ce malade est absent dans le moment, mais il a donné ses instructions pour que tous les instruments nécessaires à la trachéotomie fussent là. M. Demons arrive chez le patient et le trouve étendu sur un canapé, mourant. Mettant aussitôt la main sur les instruments placés à sa portée, il ne trouve pas de bistouri. Cet instrument avait été égaré par la famille. Lui-même, sans trousse, n'a pas de bistouri. Prenant alors une paire de ciseaux, il ponctionne la trachée avec la lame pointue et, par le rapprochement de la seconde lame, il sectionne la paroi trachéale. L'extrémité d'un soufflet est immédiatement introduite dans la plaie et des insufflations énergiques sont effectuées par une des personnes présentes, pendant que le chirurgien fait la respiration artificielle. Le malade revient à la vie. Il vécut encore un jour.

Les conclusions tirées par D. Demons sont d'une modestie qui fait honneur à sa décision chirurgicale. Il attire, en effet, l'attention de ses collègues sur l'utilité d'avoir une trousse et sur le peu de moyens qui sont nécessaires pour rendre le souffle dans certains cas à des moribonds.

Il est bon de rappeler ces faits, aujourd'hui que l'antisepsie a rendu la trousse quelque chose de lourd et de difficile à porter à cause de son enveloppe métallique; le vieil étui en cuir de nos pères peut avoir du bon dans bien des circonstances.

Assurances des médecins contre les accidents de leur profession

Le tribunal de 1re instance de la Seine vient de rendre un jugement dont nous donnons plus loin la teneur. Il s'agit d'un différend entre la veuve d'un de nos confrères et la Compagnie d'assurances *Le Secours*, qui refusait de payer l'indemnité due à la femme de l'assuré mort.

Voici les faits : le Dr Brisson, sans en rien dire, avait pris une assurance sur la vie, le sinistre devant être payé si le décès était survenu à la suite d'accidents professionnels.

Or, en 1890, quatre ans après le payement de la première prime, notre confrère en ouvrant un abcès s'infecta par une petite écorchure à laquelle il ne prenait garde. Sept jours après, un phlegmon grave se déclara qui entraîna rapidement la mort.

En rangeant les papiers de son père, M. Brisson fils découvrit le contrat d'assurances, fit immédiatement le nécessaire et réclama le payement de la somme stipulée.

La Compagnie refusa de payer pour les trois motifs suivants :

1° L'accident auquel avait succombé le Dr Brisson ne se trouvait pas au nombre des cas stipulés ;

2° La déclaration de l'accident n'avait pas eu lieu dans les délais prévus ;

3° Enfin, le Dr Brisson avait commis une *faute lourde*, en ne prenant pas, et à propos de son écorchure, et lors de l'ouverture de l'abcès, des précautions antiseptiques suffisantes.

Mme veuve Brisson et M. Brisson fils intentèrent alors une action civile à la compagnie *Le Secours*, et gagnèrent. Voici les termes du jugement :

« Attendu que les consorts Brisson ont formé contre la Compagnie d'assurances contre les accidents *Le Secours* une demande en payement de 15,000 francs à raison du décès de Jean-Eugène Brisson ;

« Attendu que suivant police du 24 juillet 1886, enregistrée, Jean-Eugène Brisson, docteur en médecine, demeurant à Averton (Charente-Inférieure), contracta une assurance en cas de décès par accident, et notamment dans l'exercice de ses fonctions, avec prime de 15,000 francs, payable à ses héritiers et représentants dans les deux mois du décès ;

« Attendu que Jean-Eugène Brisson est décédé à Averton le 23 février 1890 ;

« Attendu que la mort du Dr Brisson est survenue à la suite d'un phlegmon, qui lui-même avait eu pour cause le contact du pus d'un malade sur une écorchure que le Dr Brisson portait à la main ;

« Attendu qu'à la demande, la Compagnie *Le Secours* oppose trois moyens de déchéance ;

« Attendu que la Compagnie prétend d'abord qu'elle aurait été avisée tardivement et qu'il y aurait eu ainsi violation de l'article 8 des conditions générales de la police ;

« Attendu, à la vérité, que ledit article 8 stipule que le souscripteur ou ses ayant droit sont tenus d'adresser à la Compagnie, dans les huit jours qui suivent l'accident, leur déclaration et le certificat de médecin appelé à donner ses soins à l'assuré ;

« Mais attendu que, si le Dr Brisson s'est fait à la main gauche, le 10 février, une écorchure qui, le 11 février a été atteinte par un jet de pus au moment où le Dr Brisson ouvrit un abcès à un malade, ni l'un ni l'autre de ces deux faits ne constituait par lui-même un accident qui fût de nature à faire prévoir au Dr Brisson la nécessité de faire prévenir dès lors la Compagnie ;

« Qu'il résulte d'un certificat produit que. même le 17 février, on ne pouvait prévoir le phlegmon qui ne s'est manifesté que le 18 ;

« Attendu qu'il résulte du même certificat que dès que, le phlegmon s'est déclaré, le Dr Brisson s'est trouvé dans un état comateux absolu qui a duré jusqu'à sa mort ; attendu que le Dr Brisson n'a donc pas été en faute de ne pas avertir la Compagnie ;

« Attendu que les consorts Brisson, la dame Brisson et Brisson fils, ignoraient l'assurance contractée par le Dr Brisson, et que c'est seulement en classant les papiers du défunt qu'ils ont découvert la police d'assurance ;

« Attendu que Brisson fils a immédiatement fait, le 1er mars 1890, c'est-à-dire moins de huit jours après la mort, la déclaration prescrite par l'article 8 de la police ; que cette déclaration n'a donc pas été tardive ;

« Attendu que la Compagnie prétend en outre que la cause de la mort ne rentrerait pas dans les cas prévus par le contrat d'assurance;

« Mais attendu que la police prévoit le cas de mort « par phlegmon », « piqûres anatomiques », etc. ;

« Attendu que, soit qu'on lise les trois mots, comme s'il y avait phlegmon, suite de piqûre auatomique, soit qu'on lise ces mots comme s'il y avait phlegmon et piqûre anatomique, la maladie qui a été la cause de la mort de Brisson rentrait dans l'une et l'autre interprétation de la police ; qu'en effet le décès est dû à un phlegmon, suite d'une pipûre anatomique ;

« Attendu que, sans l'avoir relevée dans ses conclusions, la Compagnie *Le Secours* a fait plaider que la demande des consorts Brisson doit être rejetée, parce que le Dr Brisson a négligé de prendre une précaution que, d'ailleurs, ne paraissaient rendre nécessaire ni la très légère écorchure que portait à la main le Dr Brisson, ni la très peu importante opération d'ouverture d'un abcès du pouce, qu'il devait faire le 11 février ;

« Attendu que le Dr Brisson n'a donc pas commis la faute lourde équivalente au dol, qui puisse faire déclarer résilié le contrat d'assurance ;

« Par ces motifs,

« Condamne la Compagnie *Le Secours* à payer aux consorts Brisson la somme de 15.000 francs, avec intérêts de droit ;

« Et condamne la Compagnie *Le Secours* à tous les dépens. »

COURRIER

Résolutions émises par la réunion des médecins des bureaux de bienfaisance. — Voici les résolutions qui ont été adoptées dans la réunion provoquée par le Syndicat des médecins de la Seine.

1° Représentation des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris au Conseil supérieur de l'Assistance publique, au Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris et dans les commissions administratives en projet;

2° Maintien du concours pour leur recrutement;

3° Relèvement de l'indemnité actuelle et refus du paiement à la visite;

4° Durée des fonctions égales à celles des médecins des hôpitaux. Egalité au point de vue des médicaments entre les malades du secours à domicile et ceux des hôpitaux;

5° Création de nouveaux postes dans les arrondissements où les médecins le demanderont;

6° Maintien du *statu quo* en ce qui concerne le service des consultations. Faculté de changer d'arrondissement sans subir un nouveau concours;

7° Protestation contre l'établissement de tout contrôle humiliant.

Légion d'honneur. — Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, MM. les Drs Choquet (de Paris), Alleau, médecin major de 2e classe au 20e bataillon de chasseurs à pied

Jury de l'externat. — Le jury de l'externat est composé de MM. Bonnaire, Giraudeau, Achard, Widal, Delbet, Rochard, sauf modifications.

Services de désinfection. — Les journaux politiques se plaignent de ce que le service de désinfection soit fait en partie double et dépende de la Préfecture de la Seine et de la Préfecture de Police, ce qui ferait qu'on serait renvoyé de l'une à l'autre sans résultat.

Cela est-il vrai? Ou un semblable entrefilet cache-t-il le secret désir de quelqu'un qui aurait intérêt à le voir réuni dans la même administration?

Corps de santé de la marine et des colonies. — Liste, par ordre de mérite, des étudiants des Ecoles-annexes de médecine navale admis, après concours, à l'Ecole principale de médecine navale de Bordeaux, en 1893 :

Ligne médicale : MM. 1. N. Guillon, de Rochefort; 2. L. Prouvost, de Rochefort; 3. G. Lowitz, de Rochefort; 4. J. Regnault, de Brest; 5. F. Sauzeau de Puyberneau, de Toulon; 6. J. Caillet, de Brest; 7. P. Le Strat, de Brest; 8. H. Mathis, de Toulon; 9. C. Chaze, de Brest; 10 *ex æquo*. J. Gibert. de Toulon; 11 *ex æquo*. G. Guyot, de Brest;

12. A. Bertray, de Brest; 13. A. Laffay, de Toulon; 14 *ex æquo*. A. Chagnolleau, de Rochefort; 15 *ex æquo*. E. Ferris, de Brest; 16. L. Féraud, de Toulon; 17. J. Fraissinet, de Toulon; 18. A. Couderc, de Rochefort; 19. G. Bireaud, de Rochefort; 20. C. Cras, de Brest;

21. G. Portes, de Toulon; 22. M. Paucot, de Rochefort; 23. A. Gauducheau, de Rochefort; 24. F. Brunet, de Rochefort; 25. P. Mul, de Toulon; 26. J. Le Nadam, de Rochefort; 27 *ex æquo*. Y. Michel, de Brest; 28 *ex œquo*. E. Charézieux, de Toulon; 29. E. Guilliod de Rochefort; 30. J. Le Dantec, de Brest;

31. E. Chartres, de Toulon; 32. H. Dupuy, de Rochefort; 33. J. Germain, de Rochefort; 34. P. Rapin, de Brest ; 35. A. Féray, de Rochefort; 36. G. Lartigue, de Rochefort; 37. H. Mayer, de Rochefort; 38. R. Louarn, de Brest; 39. G. Bouët, de Brest; 40. C. Marmey, de Toulon;

41. A. Pichon, de Rochefort; 42. L. Pichez, de Rochefort; 43. J. Astier, de Rochefort; 44. E. Aquaronne, de Toulon; 45. E. Régnier, de Rochefort; 46. P. Renault, de Toulon; 47. R. Andrieux, de Brest ; 48. G. Roux, de Toulon ; 49 *ex æquo*. F. Quesseveur, de Brest; 50 *ex æquo*. G. Martin, de Brest;

Distinctions honorifiques. — A l'occasion du 14 juillet, les officiers du corps de santé des colonies, dont les noms suivent, ont été nommés :

Dans l'ordre royal du Cambodge : au grade de commandeur, M. le médecin principal Lidin ; — au grade d'officier, MM. les médecins de 1re classe Péthellaz, Garnier, Capus, Le Moine, Vergoz, Delay et Haueur ; — au grade de chevalier, MM. le médecin de 2e classe Lenoir, et le pharmacien de 2e classe Guillemin;

Dans l'ordre impérial du Dragon d'Annam : au grade de commandeur, M. le médecin principal Reynaud ; — au grade d'officier, MM. les médecins de 1re classe Babot, Delrieu, Bannerot, de Camprieu, Gouzien, Fontaine, Piron, Métin, et le pharmacien de 1re classe Charropin.

M. le médecin de 1re classe Haneur a obtenu le Kim-Khanh de 3e classe.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

DES BLÉPHARITES ET DE LEUR TRAITEMENT

par M. VALUDE. (Leçons professées à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.) (1)

Traitement. — La malpropreté étant une des principales causes du développement de la blépharite, il faudra, avant toutes choses, prescrire des lavages fréquents, soit à l'eau boriquée, soit à l'eau ordinaire bouillie et attiédie. Cette prescription devra être conseillée comme moyen prophylactique et pour empêcher le retour de la maladie.

A la période d'état la blépharite scrofuleuse sera traitée ainsi qu'il suit : s'il s'agit de la forme hypertrophique non ulcéreuse, on appliquera le soir une légère couche de la pommade suivante au précipité rouge, sur le bord des paupières et en dehors de ce bord :

Vaseline.	10 grammes
Sous-acétate de plomb.	1 —
Bioxyde rouge d'hydrargyre . .	0 20 centigrammes.

On évitera de mettre une trop grande quantité de pommade, de crainte qu'elle ne pénètre entre les paupières.

Si c'est à la forme ulcéreuse qu'on a affaire, il sera préférable de s'abstenir des pommades, peu propres à tarir la suppuration. Trois ou quatre fois par jour et pendant une demi-heure, on tiendra fermés les yeux du malade et sur les paupières on appliquera des compresses fines imbibées d'une solution étendue de sous-acétate de plomb (eau blanche). Si ce traitement ne suffisait pas à amener la cicatrisation des ulcérations, on passerait quotidiennement sur le bord externe des paupières un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent à 2 0/0. Les ulcérations profondes pourront même être touchées légèrement avec la pointe effilée d'un crayon mitigé de nitrate d'argent.

Quand les ulcérations seront fermées, mais à ce moment seulement, on terminera le traitement par l'application de la pommade à l'oxyde rouge, comme précédemment. L'emploi d'une pommade devient également indiqué lorsqu'il s'agit de la variété qui se manifeste par un encroûtement jaunâtre et impétigineux du bord ciliaire avec ou sans ulcérations antérieures.

Dans ce cas-là, à la pommade au précipité rouge, on préférera la pommade suivante au précipité jaune :

Vaseline.	10 grammes
Précipité jaune.	1 —

dont on enduira largement les bords palpébraux matin et soir.

Quand les paupières sont très collées le matin, il importe de ne point les

(1) Voir le n° du 30 septembre 1893.

séparer brusquement ni de force pour éviter l'arrachement des cils et l'exulcération saignante qui en est la conséquence. On ramollira les parties par un bain d'eau de guimauve dans une œillère, ou même par un petit cataplasme laissé quelque temps sur les paupières.

C'est surtout dans la forme eczémateuse que les cataplasmes seront nécessaires.

Mais, quelle que soit la forme de blépharite dont il s'agisse, il est indispensable, pour assurer la guérison, de pratiquer une épilation soigneuse de tous les cils malades. Cette opération demande une très grande attention pour que l'opérateur enlève bien les cils malades et n'enlève que ceux-là. Il y faut apporter tous ses soins. On reconnaîtra les cils qui devront être arrachés à un ensemble de caractères plus faciles à se figurer qu'à dépeindre. Les cils malades sont ternes, raides, souvent mal plantés et mal dirigés ; ils sont parfois très ténus et très faibles et ce sont alors de jeunes cils qui ont remplacé les premiers emportés par la suppuration du follicule.

Si la paupière tend à se former en ectropion, il sera souvent indiqué d'inciser le point lacrymal pour favoriser l'issue des larmes que l'éversion du bord palpébral vient contrarier. Dans la phase aiguë de la maladie et s'il existe alors de la photophobie, on prescrira au malade des conserves fumées bombées, pour préserver les yeux de la trop grande lumière ; jamais on ne permettra au malade de cacher ses yeux sous un bandeau qui échauffe les parties et entretient l'irritation et la suppuration.

Enfin, et sur le premier plan, peut-être, il faut placer le traitement général à opposer à l'état constitutionnel du sujet.

Comme les malades atteints de la forme scrofuleuse de la blépharite sont très généralement des enfants, ou variera chez eux les différents traitements de la scrofule bien connus de tous : des bains salés répétés deux ou trois fois la semaine ; à l'intérieur le sirop iodo-tannique, qui constitue une des meilleures préparations de ce genre. On pourra toutefois, pour éviter la lassitude chez l'enfant, varier cette préparation et administrer les autres toniques et reconstituants préconisés contre la scrofule : vin de gentiane, iodure de potassium ioduré, etc.

Chez les adultes, les préparations iodurées à dose faible remplaceront les sirops, plus anodins, destinés aux enfants. La dose quotidienne d'iodure pourra être de 1 à 2 grammes par jour.

On insistera principalement sur l'exercice modéré, sur le séjour à la campagne, au besoin sur une saison thermale aux eaux de Saint-Honoré, et par-dessus tout sur l'observation rigoureuse des lois de l'hygiène ; c'est là le point le plus difficile à obtenir dans les classes pauvres, et nous dirions volontiers avec un auteur classique : « La misère et l'ignorance sont ici bien plus difficiles à combattre que la maladie elle-même ».

Blépharite herpétique

La blépharite herpétique ou eczémateuse peut se voir, comme la forme précédente, chez des sujets lymphatiques, mais on l'observe le plus souvent chez des individus qui n'offrent rien qui rappelle la scrofule. C'est aussi la blépharite des adultes et à ce titre elle s'éloigne de la forme scrofuleuse,

puisque, en dehors de l'enfance, les accidents scrofuleux perdent beaucoup de leur fréquence et de leur acuité.

Symptômes. — Au début, la blépharite herpétique consiste dans un état farineux du bord libre des paupières ; il existe de petites squames imperceptibles qui siègent entre la base des cils, sur la face externe du rebord marginal. Cette altération légère s'accuse surtout à l'angle externe de l'œil où s'est prononcée une irritation plus vive ; il existe des démangeaisons parfois intenses en ce point qui est rosé. Cet état de choses est désigné par nombre d'auteurs sous le nom de blépharite *pityriasique.*

Puis l'affection passe de cet état d'irritation bénigne à celui de blépharite véritable, dite alors *eczémateuse* ; le bord des paupières se couvre de squames et de croûtes qui agglutinent les paupières entre elles ; ces croûtes recouvrent un fond exulcéré plutôt qu'ulcéré et cette légère perte de substance est mouillée d'un peu de pus. Ces croûtes sont le résultat de petites pustules développées entre les cils ou à leur bord, et desséchées aussitôt que produites ; les paupières sont ordinairement très solidement collées le matin.

Ce qui distingue la blépharite scrofuleuse de cette dernière, c'est d'abord l'absence de squames eczémateuses dans la première de ces deux formes, puis ce fait que les croûtes sont jaunâtres, impétigineuses dans la blépharite scrofuleuse, tandis qu'elles sont plutôt grisâtres dans la blépharite eczémateuse. Il faut bien dire cependant qu'il y a des variétés intermédiaires entre ces deux formes et que la différence réside surtout dans le terrain d'évolution.

Les cils compris dans ces altérations de la marge des paupières sont tantôt libres, tantôt plantés à travers une de ces croûtes. Ils se laissent arracher assez facilement, surtout au réveil quand les paupières agglutinées par les croûtes sont décollées et séparées sans précautions. Toutefois, leur chute est moins régulière que dans la blépharite exulcérative scrofuleuse.

L'état squameux du bord de la paupière se généralise fréquemment à une étendue plus ou moins grande des paupières et de la joue ; cet eczéma véritable est entretenu par la malpropreté d'abord, puis ensuite par l'écoulement liquide qui se fait sur la joue, à cause de l'altération ordinaire de la voie d'excrétion des larmes, ou même par le fait seul de la blépharite. Il en résulte des excoriations, souvent profondes, et le malade présente une double œillère ou même un masque presque complet d'eczéma suintant, du plus hideux effet.

Cette blépharite eczémateuse coïncide très fréquemment avec un rétrécissement des voies lacrymales, et nous verrons que l'incision du canal lacrymal est très ordinairement le point important du traitement.

Pronostic. — Le pronostic de la blépharite eczémateuse est moins sombre en soi que celui de la forme scrofuleuse ; cependant les altérations de cette variété de la maladie, quand elles résistent au traitement ou qu'elles sont négligées, entraînent comme précédemment le ratatinement et l'éversion des bords palpébraux. Ajoutons que l'endurcissement et l'épaississement de la peau, propres à tout eczéma, rendent cette variété d'ectropion particulièrement difficile à travailler chirurgicalement.

Traitement. — Tout d'abord l'épilation, aussi soigneusement pratiquée que dans la forme décrite précédemment.

Puis l'on prescrira deux fois par jour des lavages avec de l'*eau très chaude*, boriquée préférablement, mais surtout *aussi chaude qu'il sera possible de la supporter*. Les cils seront, pendant ces lavages, nettoyés; et *décapés* avec soin et douceur pour éviter l'arrachement de ceux qui sont normaux et pour ne pas faire saigner.

Si les croûtes qui empâtent les cils sont trop épaisses et trop dures pour être facilement enlevées par les lavages et si les paupières restent agglutinées, on appliquera chaque soir sur les yeux un petit cataplasme, destiné à être maintenu pendant toute la nuit. Ce cataplasme sera confectionné soit avec de la fécule de pomme de terre, soit avec de la racine de guimauve bouillie et écrasée, soit encore — c'est un remède populaire, mais il est bon — avec la pulpe d'une pomme cuite (1)

Si la maladie est de moyenne intensité et siège aux bords seuls des paupières, on emploiera le soir, après le lavage, la pommade à l'oxyde de zinc :

Vaseline.	15 grammes
Oxyde de zinc . . .	0 gr. 50

Mais si les démangeaisons sont peu vives et si la maladie prend une allure torpide, on se servira préférablement de la pommade à l'oxyde rouge déjà formulée.

Enfin, si l'eczéma est généralisé à toute l'étendue des paupières, on peut encore se servir de la pommade à l'oxyde de zinc comme précédemment, ou de la pommade antieczémateuse de Hebra :

Emplâtre de diachylon simple.	10 grammes
Vaseline.	40 —

Etendre une couche épaisse sur un linge fin, et appliquer sur les parties malades.

Toutefois, ces pommades ne seront appliquées que pendant le jour; durant la nuit il sera préférable de recouvrir les paupières eczémateuses d'une rondelle de toile gommée ou de caoutchouc mince.

Lorsque l'eczéma des bords des paupières a gagné la peau de celles-ci et même la joue et que la surface exulcérée de cet eczéma entretenue par l'écoulement lacrymal est arrivée à être rebelle au traitement simple, il faut employer la méthode substitutive avec une énergie de plus en plus considérable. On essaiera d'abord d'un badigeonnage à la solution faible de nitrate d'argent, à 1 p. 100, répété tous les deux ou trois jours. Puis, on élèvera le titre de cette solution jusqu'à employer le crayon de pierre infernale ordinaire. Je me suis bien trouvé en pareil cas, d'après l'observation de Despagnet, de badigeonnages au sublimé à dose corrosive, à 1/500, 1/100, 1/50, employés progressivement à quelques jours de distance.

Lorsqu'on aura la conviction que l'affection est causée par un rétrécissement des voies lacrymales et qu'elle provient directement du larmoiement, on devra en première ligne du traitement placer le débridement du point lacrymal et la canalisation par la méthode de Bowman. Cette petite opération est encore nécessaire et doit même être exécutée plus largement si la paupière tend à se contourner et à se former en ectropion.

(1) L'acide malique de la pomme paraît agir ici comme topique en même temps que la pulpe écrasée comme fomentation humide.

Du reste, quelle que soit l'origine première de la blépharite eczémateuse, il est ordinaire de voir le cathétérisme des voies lacrymales devenir nécessaire. Que ce soit, en effet, le larmoiement qui ait causé l'eczéma ou la blépharite qui ait amené le larmoiement à se produire, il ne tarde pas à s'établir un cercle vicieux entre le larmoiement qui excite l'eczéma et l'eczéma qui entretient le larmoiement. Pour rompre ce cercle vicieux et pour empêcher les lésions qui s'invétèrent de plus en plus de devenir incurables (ce qui arrive encore souvent chez les sujets mal soigneux ou mal soignés) il faut donc traiter à la fois la blépharite et les voies d'excrétion des larmes.

Comme complément au traitement local, il importe de ne pas négliger le régime convenable aux sujets atteints d'eczéma, et celui-ci devra être aussi peu excitant que possible, d'autant plus que la blépharite dont il s'agit ici se rencontre communément chez les personnes adonnées à l'usage des spiritueux. On évitera donc surtout les boissons alcooliques, les crustacés, les poissons, les salaisons de toute sorte. Au besoin, une saison aux eaux arsénicales de la Bourboule serait indiquée.

Enfin, comme les yeux qui présentent de la blépharite eczémateuse à quelque degré que ce soit sont à l'excès sensibles à la lumière, aux poussières et aux vapeurs irritantes, les malades éviteront autant que possible le séjour dans un air vicié, surchauffé ou altéré par la fumée de tabac (théâtre, café, fumoirs); il sera presque nécessaire que le malade lui-même s'abstienne de fumer. Il faudra conseiller le port de lunettes bleues ou fumées, principalement pour aller au soleil ou travailler au gaz.

HYGIÈNE

BULLETIN SANITAIRE

Le choléra continue sa marche en Europe, avec la même allure. Le seul fait nouveau c'est l'envahissement de l'Espagne qui avait été indemne jusqu'ici et qui devait espérer de conserver ce privilège, après les désastres qu'elle a subis dans la dernière épidémie.

Les premiers cas ont été constatés vers le 12 septembre, à Belchite, dans l'Aragon, et à Baracaldo, en Biscaye. La maladie reste jusqu'ici confinée dans ces deux provinces. C'est à Bilbao et dans les environs qu'elle fait le plus de victimes. On enregistre, dans la région, de 15 à 20 décès par jour, il y a également eu quelques cas à Saragosse.

Le second fait intéressant de la quinzaine, c'est la réapparition de l'épidémie à Hambourg où elle a fait tant de ravages en 1892 et au commencement de 1893. Du 15 au 25 septembre, on a compté 94 cas et 25 morts Sa marche est, comme on le voit, assez bénigne, quand on la compare à celle de l'an passé.

En Italie, la situation reste la même. C'est à Palerme et à Livourne qu'il y a le plus de malades. On compte une douzaine de décès par jour dans la première de ces deux villes et de cinq à six dans la seconde. A Rome, on observe un cas de choléra de temps en temps.

L'Angleterre, comme dans toutes les épidémies précédentes, est ménagée par le fléau. Ses grandes villes, si industrieuses, si peuplées, sont indemnes ; on ne signale partout que des cas isolés qui nulle part ne donnent lieu à un foyer d'infection de quelque importance. La Hollande reste également privilégiée.

La Russie n'est pas dans d'aussi bonnes conditions. On compte encore, à Saint-Pétersbourg, de 25 à 30 décès par jour, et toutes les provinces, à peu près, sont plus ou moins éprouvées. La situation est la même en Hongrie et dans les provinces danubiennes.

Les pèlerins de la Mecque continuent, comme il fallait s'y attendre, à semer le choléra un peu partout. Deux d'entre eux viennent de mourir à Jérusalem ; ils avaient pourtant subi une quarantaine de quarante jours. Les lazarets de Djebel-Tor, de Raz-Mallap et de Naket qui étaient devenus des foyers d'infection doivent être fermés le 1er octobre. Sur 42,320 pèlerins qui sont allés à la Mecque par le canal de Suez, il n'en est revenu que 30,388.

Le conseil sanitaire d'Alexandrie, en présence d'un cas de choléra qui est survenu au Caire, a fait établir un lazaret supplémentaire aux Eaux de Moïse et le régiment de Dorset a été camper aux environs d'Alexandrie.

En France, le choléra sévit surtout en Bretagne. On signale bien encore quelques décès isolés dans l'arrondissement de Prades. A Vinça, le docteur Joseph Carbonell, âgé de 67 ans, est mort, le 19 septembre, victime de son dévouement aux malades. A Prades même, comme à Perpignan, tout est fini, et de ce côté il n'y a plus d'inquiétudes à avoir ; mais, dans les Basses-Alpes, il s'est formé un petit foyer à Barrème, au moment de la concentration des troupes pour les manœuvres militaires. Sur une population de 800 habitants, il y a eu 40 cas et 19 décès du 15 au 18 septembre ; le reste a émigré en masse : 550 personnes ont quitté la localité.

La petite épidémie de Noirmoutiers peut être considérée comme finie ; elle a fait 19 victimes.

A Nantes, à la date du 18 septembre, le nombre des décès s'élevait à 301, ce qui fait à peine 2 p. 1000 du chiffre de la population.

La situation est plus grave dans le Finistère.

L'épidémie désastreuse de Molène est complètement finie. Le chiffre définitif des décès est de 60. Le docteur Bourdon, médecin de 1re classe de la marine qui y avait été envoyé par le préfet maritime dès le début, est revenu à Brest, se louant beaucoup de la population et du maire. Le choléra a été porté dans l'île par un pilote venant du Conquet. C'est également du Conquet que l'épidémie est venue sur le rocher de Trielen, où il est mort 18 habitants sur 22.

A Brest même, la situation qui n'a jamais été bien sérieuse, s'est améliorée. On ne compte plus que 2 ou 3 décès par jour, au lieu de la moyenne de 5 qu'on relevait lors de notre dernier compte rendu. La plupart des malades en traitement à l'hôpital maritime et à l'hospice civil, viennent des communes environnantes.

A Saint-Pierre-Quilbignon (8,755 habitants) il y avait eu au 16 septembre 80 décès; l'épidémie continue.

Dans la commune de Lambezellec (16,084 habitants) on comptait à la

même date 55 décès, dont la plupart avaient eu lieu au village de Kerinou ; depuis il y en a eu une dizaine.

A Camaret (2,003 habitants) du 2 au 27 septembre, on a compté 54 cas et 29 décès. Il y a aussi des malades au Conquet, à Lesneven, à Labierildut, à Ploudalmezeau; mais nous n'avons pu nous procurer de renseignements précis sur ces localités.

L'autorité maritime a pris à Brest les mesures nécersaires. Il ne sera plus expédié jusqu'à nouvel ordre de détachements de marins sur ce port; les inscrits maritimes appartenant aux localités non contaminées, lorsqu'ils sont levés pour le service de la flotte, sont dirigés soit sur Lorient, soit sur Cherbourg. Jusqu'à nouvel ordre, il ne sera accordé aucun congé, aucune permission, aux hommes qui demanderaient à se rendre dans les communes dépendant des quartiers de Brest, Camaret, Douarnenez, Audierne et Le Conquet. Les marins présents à Brest et qu'il y a lieu d'envoyer en congé ou en détachement, subissent avant de partir, une quarantaine de six jours au lazaret de Trébéron. Trois détachements, à destination de Toulon, de Cherbourg et de Rochefort, y ont été envoyés du 20 au 23 septembre. Le 26, à minuit, un de ces marins a été atteint, sans prodromes, d'une attaque de choléra qui l'a enlevé en six heures. Il y avait six jours pleins qu'il avait quitté Saint-Martin, où il a dû contracter le germe de la maladie. Cela fait donc six jours d'incubation. Ce décès a donné lieu à un de ces incidents qu'on ne saurait comprendre, lorsqu'on n'est pas initié aux subtilités de l'administration. Il a fallu brûler la literie et les effets personnels de ce matelot. Il y a bien dans l'île de Tréberon, une étuve à désinfection toute neuve et encore vierge, mais elle appartient au ministère de l'intérieur et la marine n'a pas le droit de s'en servir. C'est ce qu'on pourrait appeler un comble.

REVUE DE L'HYGIÈNE

Voies de transmission du choléra. — Nous avons rendu compte, dans une de nos revues précédentes, de l'important mémoire du professeur Koch, sur le rôle que l'eau de l'Elbe a joué dans l'épidémie de choléra de Hambourg ; il est revenu récemment sur cette question et il a développé ou plutôt complété son étude sur l'étiologie du choléra.

Moins absolu que dans son premier travail, le professeur de Berlin ne fait plus à la transmission par l'eau potable une part aussi prépondérante. Il admet aujourd'hui que les épidémies cholériques présentent, dans leur allure, deux types principaux:

Le premier dans lequel la contagion se produit par l'intermédiaire de l'eau est caractérisé par une véritable explosion de l'épidémie qui se répand rapidement et d'une manière uniforme dans toute une région. L'expression graphique de ce type est une courbe rapidement ascendante qui redescend brusquement, après avoir présenté un petit plateau. Tel a été le tracé de l'épidémie cholérique de Hambourg, pendant l'été de 1892.

Le second type est dû surtout à la transmission du virus par les malades et les objets souillés de leurs déjections. Il est représenté par une courbe qui ne s'élève pas d'une manière considérable au-dessus du niveau normal et caractérisé par ce fait que l'expansion de l'épidémie n'est pas uniforme, mais qu'elle se présente sous la forme de

foyers infectieux localisés dont on réussit souvent à établir les rapports et la succession. C'est à ce second type qu'appartient l'épidémie qui a débuté à Hambourg au mois de décembre 1892.

Il est inutile d'ajouter qu'il y a des épidémies cholériques qui revêtent un type mixte.

Contagion de la diphtérie. — Cette maladie est une de celles sur laquelle l'hygiène a eu le moins de prise jusqu'ici. Ses ravages vont en progressant et cette tenacité explique l'ardeur avec laquelle les savants poursuivent la solution des problèmes qui se rattachent à l'étude de cette désespérante maladie. On a, dans ces dernières années, discuté, sans la résoudre, la question de savoir si la diphtérie des oiseaux peut se transmettre à l'homme; aujourd'hui, on accuse les chats à leur tour de contaminer l'espèce humaine. De quelque façon qu'elle nous arrive, c'est une maladie d'une redoutable tenacité. Son pouvoir contagieux se prolonge beaucoup plus longtemps qu'on ne le croyait autrefois. On voit tous les jours des enfants sortir de l'hôpital étant considérés comme guéris, transmettre la contagion dans leurs familles. On a vu des épidémies naître dans des salles depuis longtemps abandonnées par les diphtériques, et les recherches récentes prouvent qu'on ne saurait prendre trop de précautions à cet égard.

Le docteur Thezenas du Monteil a soumis à l'examen bactériologique 48 diphtériques convalescents. Dans un premier groupe de 30 sujets, qui ne présentaient pas de fausses membranes dans la gorge, ni d'écoulement nasal, il n'a pas trouvé de bacilles de Lœfler. Dans 6 cas où la gorge libre de fausses membranes était encore rouge et ulcérée, il y a trouvé des bacilles peu virulents. Chez 2 malades, le bacille a été rencontré dans la cavité buccale, longtemps après la disparition des fausses membranes et lorsque la gorge avait déjà repris son aspect normal. Enfin, dans un groupe de 10 malades qui présentaient un écoulement persistant par le nez, on a rencontré le bacille dans les fosses nasales, alors que les secrétions de la gorge n'en offraient plus de traces. Il faut donc se tenir en garde contre les convalescents de diphtérie et surtout contre ceux qui ont conservé un écoulement nasal, même alors qu'ils semblent complètement guéris.

Les Américains, gens éminemment pratiques, ont trouvé le moyen suivant, d'établir avec promptitude et sûreté le diagnostic différenciel des angines suspectes. Le département de l'hygiène publique de New-York met en dépôt, dans toutes les pharmacies, des tubes à culture bactériologique prêtes à être ensemencés, bouchés par un tampon d'ouate et convenablement stérilisés. Quand un médecin est appelé pour un cas d'angine suspecte, il passe chez un pharmacien, y prend un des tubes en question et un second tube stérilisé renfermant une tige en fil de fer terminée par un petit tampon d'ouate. Arrivé près du malade, le médecin passe ce petit pinceau sur la muqueuse pharyngienne et le plonge, couvert d'exsudat, dans le tube à culture.

Cela fait, il remet le tout au pharmacien qui l'envoie au bureau d'hygiène. Tous les soirs la collection des tubes reçus est déposée dans une étuve à 37 degrés. Le lendemain on y constate l'absence ou la présence du bacille diphtéritique au moyen de la solution de Lœfler (bleu de méthylène). Le bureau prévient le médecin et prend les mesures en conséquence, lorsqu'il y a lieu.

Commerce de la glace. — Nous avons rendu compte de l'important rapport fait par M. Riche au Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, au sujet de la glace qui se consomme à Paris et des mesures à prendre pour en assurer la bonne qualité. La même question vient d'être traitée par le Comité consultatif d'hygiène publique, au sujet de la France entière. Les conclusions votées par le Comité, sur le rapport de M. Ogier, sont les suivantes :

1° La glace destinée aux usages alimentaires, qu'elle soit naturelle ou artificielle doit provenir d'une eau pure.

2° Il y a lieu de réglementer le commerce de la glace.

En interdisants, aux abricants dépositaires ou débitants, de vendre ou de mettre en vente, pour les usages alimentaires, de la glace qui, par fusion, ne donnerait pas une eau présentant à l'examen chimique ou bactériologique, les caractères des bonnes eaux potables.

En imposant aux fabricants ou dépositaires de glaces alimentaires ou industrielles, l'obligation de conserver ces deux ordres de produits dans des locaux séparés ; en obligeant aussi les débitants à conserver les deux espèces de glaces dans des cases ou réservoirs distincts munis de marques apparentes empêchant toute confusion.

Le Conseil et le Comité sont arrivés, comme on le voit, aux mêmes conclusions ; ils conseillent les mêmes mesures ; elles sont parfaitement logiques, mais d'une application si difficile qu'il ne faut pas trop y compter.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

MÉDECINE

Mutisme hystérique ; conservation du chant. — M. Harrisson Griffin a observé une jeune fille de dix-neuf ans qui, depuis onze mois, était à peu près complètement aphone. Cette aphonie était survenue brusquement, sans que l'on put trouver du côté du larynx aucune lésion pour l'expliquer. Tous les traitements employés avaient échoué.

Quand M. H. Griffin vit cette jeune fille, la nature hystérique de ces troubles était évidente. Mais, ce qui fait la particularité de ce cas, c'est que la malade, dont la voix était réduite à un murmure imperceptible, pouvait, en chantant, retrouver son pouvoir d'articuler les sons. Devant M. H. Griffin, elle émit les notes les plus élevées et les plus basses sans aucune altération de la voix ; la prononciation des mots était tout à fait normale. Si on voulait lui faire prononcer les mots sans chanter, elle était immédiatement reprise d'aphonie.

M. H. Griffin prescrivit alors un régime tonique et y joignit l'isolement et la suggestion ; le mutisme disparut bientôt ; la voix est depuis plusieurs mois restée normale.

(*New-Yorck Méd. Journ.*)

Trépanation chez un paralytique général ; troubles moteurs et sensitifs passagers.—M. Goodall a pratiqué récemment la trépanation sur une de ses malades, paralytique générale, à une époque peu avancée de son affection. Des troubles moteurs et sensitifs se produisirent consécutivement à l'opération, et ce sont ces troubles que M. Goodall veut étudier.

Jusqu'au cinquième jour après l'opération la malade alla bien ; sa température était à peu près normale. Le matin du cinquième jour la parole était très embarrassée ; avant l'opération elle n'était que très peu hésitante. Le jour, suivant l'articulation des mots était si défectueuse, qu'il était tout à fait impossible de rien comprendre ; il n'y avait pas d'aphasie ; l'articulation des mots était seulement embarrassée ; l'état mental n'était pas modifié. Le matin du sixième jour, la malade eut des convulsions dans les membres du côté gauche et dans le côté gauche de la face ; cette attaque convulsive dura un quart d'heure. Le soir du même jour, nouvelle attaque convulsive. La partie inférieure du côté gauche de la face et la langue présentaient des secousses courtes et rapides ; la bouche était attirée du côté gauche ; mais, cette fois, la partie supérieur de la face, les yeux, les membres n'étaient pas touchés. Les secousses se prolongèrent

pendant un quart d'heure. La malade était tout à fait consciente. Ce jour-là, on enleva le drain de la plaie opératoire.

Les attaques convulsives se reproduisirent encore plusieurs fois avec les mêmes localisations; la malade accusait avant ces attaques une sensation d'engourdissement dans la langue et un goût amer.

Peu à peu les attaques disparurent, il ne s'en produisit plus après le onzième jour; la parole redevint normale.

Le douzième jour, la malade se plaignit d'un « bruit de chant » dans l'oreille gauche; ce bruit la troublait beaucoup, elle le perçut ensuite dans l'oreille droite, puis, dans les deux oreilles pendant deux ou trois jours, et enfin il disparut. La maladie guérit bien de la trépanation.

Tous ces divers phénomènes doivent être attribués à un processus congestif ou même irritatif des divers centres corticaux à la suite de la trépanation; l'incision des méninges, l'introduction d'un drain qui resta à demeure pendant les quatre ou cinq premiers jours suffisent pour expliquer ce processus irritatif et les divers troubles auxquels il donna lieu. (*Brit. méd. Journ.* 15 juillet.)

Paralysie agitante. — M. Dana rapporte devant la *Société de neurologie de Philadelphie*, deux observations de paralysie agitante.

Après avoir rappelé les principaux travaux antérieurs, sur ce sujet, M. Dana émet l'idée que la lésion anatomique de cette affection siège dans la substance grise des segments inférieurs de la moëlle. Ce seraient surtout des lésions, des vaisseaux, qui fournissent aux parties centrales de la moëlle, aux cornes antérieures et ensuite aux cordons latéraux. On trouve aussi quelquefois une névrite dégénérative des nerfs périphériques et de la myosite chronique. Ce processus irritatif chronique serait dû à une toxine charriée par le sang et ayant peut-être une origine glandulaire.

Hémorrhagies du centre ovale. — Les hémorrhagies du centre ovale ressemblent par la plupart de leurs symptômes aux hémorrhagies corticales; un signe qui leur serait plus particulier c'est la production, dans les membres paralysés, de phénomènes d'épilepsie jacksonnienne. A la *Société Império-Royale des Médecins de Vienne*, M. Bamberger, a rapporté quatre cas d'hémorrhagie du centre ovale; dans deux de ces cas le diagnostic fut confirmé par l'autopsie. L'épilepsie jacksonnienne n'appartient cependant pas en propre à l'hémorrhagie du centre ovale, les tumeurs du cerveau, la syphilis cérébrale, la pachyméningite hémorrhagique etc, etc., peuvent aussi la produire; les hémorrhagies corticales elles-mêmes déterminent quelquefois dans le côté paralysé des secousses musculaires; mais, d'une part, il est facile, pour les cas ordinaires, de différencier l'hémorrhagie du centre ovale, des affections précédentes qui déterminent fréquemment l'épilepsie jacksonnienne; d'autre part, ce phénomène est réellement rare dans les hémorrhagies corticales. Il reste donc un symptôme d'une grande valeur pour le diagnostic de l'hémorrhagie du centre ovale.

M. Bamberger insiste sur l'utilité de porter, dans ce cas particulier, un diagnostic exact; en effet, les hémorrhagies du centre ovale sont moins graves que celles de la capsule interne; d'autre part, avant de recourir à la trépanation, il faut se demander si l'od a affaire à quelque chose de cortical, de superficiel ou de profond.

Astasie, abasie. — Lehmann rapporte deux cas de cette affection, l'un survenu chez un homme âgé de 34 ans, alcoolique, l'autre chez une fille de 12 ans. Le premier ne pouvait ni se tenir debout ni marcher depuis dix mois; chez l'autre, les troubles persis-

taient depuis deux ans. Dans les deux cas, les mouvements des jambes et des pieds étaient normaux dans la position couchée. Il n'y avait ni incoordination motrice, ni trouble de la sensibilité ; rien du côté des sphincters ; le réflexe patellaire était diminué chez l'homme et normal chez la petite fille. On ne trouvait chez les deux malades aucun stigmate hystérique. Tous deux guérirent après un traitement de six semaines aux eaux de Oynhausen.

L'affection semble résulter d'un shock moral ou d'un traumatisme ; mais, le plus souvent, il est impossible d'en reconnaître la cause. (*Deuth. med. Woch.* 25 mai.)

COURRIER

EXERCICES SPÉCIAUX DU SERVICE DE SANTÉ EN CAMPAGNE DANS LE GOUVERNEMENT MILITAIRE DE PARIS. — *Sommaire des conférences et programme des manœuvres.* 10 octobre, matin, à huit heures et demie, aux docks du service de santé, boulevard Latour-Maubourg, nº 53 : Démonstration du matériel technique et des approvisionnements qui entrent dans la composition des diverses formations sanitaires. Démonstration du matériel roulant et du harnachement attribuées aux formations sanitaires.

10 octobre, soir, à 2 heures, à la bibliothèque de la caserne Bellechasse : Conférence sur le fonctionnement des formations sanitaires de l'avant.

11 octobre, matin, à huit heures et demie, à la bibliothèque de la caserne Bellechasse : Conférence sur les ordres de mouvement, l'exécution des marches, la réglementation du service pendant les phases successives de combat, etc...

11 octobre, soir, à 1 heure, aux docks du Service de santé, 53, boulevard Latour-Maubourg : Organisation des troupes du Service de santé qui doivent prendre part aux exercices : ambulance divisionnaire, hôpital de campagne. Réunion du personnel et du matériel. Arrimage sur les voitures du matériel qui n'est pas chargé en temps de paix.

A trois heures : Départ des formations sanitaires pour la caserne des Tournelles, où elles stationneront jusqu'à la manœuvre du lendemain.

12 octobre, dans la matinée : Mise en route des formations sanitaires. Manœuvre d'une division d'infanterie entre Aulnay-les-Bondy et Villepinte. Fonctionnement des postes de secours et de l'ambulance divisionnaire.

Dans la soirée : Relèvement de l'ambulance divisionnaire par un hôpital de campagne.

13 octobre, dans la matinée : Evacuation des malades de l'hôpital de campagne sur l'hôpital d'évacuation installé à Pantin. Les évacuations seront effectuées par voie de terre et par eau. Fonctionnement de l'hôpital d'évacuation.

A 2 heures : Installation d'un train sanitaire improvisé.

14 octobre, matin, neuf heures : Embarquement de l'ambulance divisionnaire à la gare de Pantin (quai aux bestiaux). Résumé et critique des opérations.

— Un médecin russe, M. Gatschkouski, vient d'arriver à Brest pour étudier le choléra.

LEGS FAUVELLE. — La Société d'anthropologie de Paris est autorisée à accepter le legs que lui a fait le docteur Louis-Jules Fauvelle, d'une rente annuelle de 667 francs en 3 p. 100 sur l'Etat français pour constituer, tous les trois ans, un prix de 2,000 francs à titre de récompense ou d'encouragement à tout travail inédit, comme ouvrage spécial sur la structure du système nerveux ou l'étude des manifestations de la force connues sous le nom d'influx nerveux.

Nécrologie. — MM. les docteurs Bichemin (Chapelle-sur-Loir) ; Loiselot (Passavant) ; Pignot (Paris) ; J.-B.-H. Comte-Lagauterie, médecin-major de la canonnière le *Lion*, 34 ans (à Bangkok) ; Garnier, médecin de 2e classe venant du Tonkin, 29 ans, mort en mer à bord du *Colombo*.

Corps de santé de la marine et des colonies — A la suite de la promotion du 21 septembre dans le corps de santé de la marine, le ministre a arrêté les mutations suivantes parmi les médecins de 2e classe :

M. Laurent ira servir en Cochinchine ;

MM. Arnould, Condé, Brun-Bourguet et Audibert serviront à la Nouvelle Calédonie ;

M. Poret ira servir à la Martinique ;

MM. Lallemant, Barrau et Normand serviront au Tonkin ;

MM. Nègre, Rapuc et Pellan iront servir au Soudan français ;

M. Mesny, qui comptera au port de Brest, servira comme médecin-major de l'*Africain* (station du Sénégal) ;

M. Hernandez, qui comptera au port de Cherbourg, est destiné à la *Victorieuse* ;

M. Meslet, qui comptera au port de Brest, ira remplacer sur le *Hussard* M. Mayolle, de Lorient ;

M. Guy, du 1er régiment d'infanterie de marine, à Cherbourg, passera, sur sa demande, à l'artillerie à Rochefort, en remplacement de M. Séguin, destiné aux troupes à la Réunion ;

M. Dubois, du 2e régiment, à Brest, est rattaché au service général et destiné à la Nouvelle-Calédonie, en remplacement de M. Carmouze, promu médecin de 1re classe et affecté à Brest ;

M. Bouras, du 3e régiment, à Rochefort, est réintégré dans le service général et destiné à la *Dévastation* ;

M. Denis, du 2e régiment, à Brest, est rattaché au service général et destiné à l'*Iphigénie* ;

M. Lecœur, du 6e régiment, à Brest, passera, sur sa demande, au 3e régiment, à Rochefort ;

M. Caire, du 1er régiment, à Cherbourg, passera sur sa demande, au 4e régiment à Toulon ;

M. Marchandou, du 5e régiment, à Cherbourg, passera au 1er régiment ;

M. Taddei dit Torella, ira servir comme aide-majer à l'artilerie, à Toulon ;

MM. Damian et Lucas serviront en qualité d'aide-major au 2e régiment d'infanterie de marine, à Brest, et M. Nouaille, en la même qualité, au 6e régiment ;

M. Faucheraud servira au 1er régiment, à Cherbourg ;

MM. Avérous, Traonouëz, Bavay, Giraud, Brugère, Aubert, Duran et Prigent iront servir à Brest ;

MM. Reboul, Carbonnel et Le Floch serviront à Cherbourg ;

MM. Pelissier, de Rochefort, et Mignotte, de Brest, passeront, sur leur demande, au port de Toulon ;

MM. Grimaud et Reygondaud serviront à Lorient.

M. le médecin principal Dollieule embarque sur l'*Algésiras*, en remplacement de M. Ségard, qui est mis à la disposition du commandant de l'escadre de réserve.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

REVUE GÉNÉRALE

Les accidents des injections hypodermiques

Les injections hypodermiques peuvent déterminer des accidents très divers. Les uns tiennent à la nature de la substance injectée, et varient naturellement suivant cette substance. Les autres peuvent se produire à la suite de toutes les injections hypodermiques et sont caractérisées par des phénomènes locaux plus ou moins graves. C'est de ceux-là que nous voulons nous occuper aujourd'hui. On peut les diviser en immédiats et consécutifs.

I

La *douleur* que détermine la piqûre est des plus variables, car elle dépend surtout de la nature du liquide, l'éther, par exemple, déterminant une sensation de brûlure intense. Cependant la piqûre, par elle-même, est susceptible parfois de causer une douleur vive, soit que le patient soit particulièrement nerveux ou irritable, soit par suite de véritables lésions anatomiques. Si, en effet, on opère dans une région où le tissu cellulaire est très serré et riche en filets nerveux et que l'on pousse l'injection un peu fort, il en résultera une dilacération des tissus qui peut causer d'assez vives souffrances. Ces dernières prennent encore plus d'intensité, quand on pique un filet nerveux d'assez gros volume. La douleur immédiate est d'abord très vive et est suivie d'irradiations qui ont leur point de départ à l'endroit lésé, suivent le trajet du nerf et peuvent se produire pendant plusieurs jours (Chouppe). Une névrite grave peut même résulter de la piqûre du nerf, ainsi que M. Aszan en a rapporté un exemple. Mais c'est là un accident heureusement rare.

La douleur est encore vive quand on commet la faute de pousser l'injection dans l'épaisseur du derme, ou que l'abondance du liquide injecté est trop grande ou que le liquide est à une température trop basse relativement à celle du corps.

L'*hémorrhagie* est généralement absolument négligeable et manque souvent, c'est à peine s'il s'échappe quelques gouttes de sang par l'orifice de la piqûre. Mais quand on commet la faute de pénétrer dans une veine, la perte de sang peut devenir plus considérable. Chouppe a insisté sur les accidents qui peuvent résulter de l'introduction dans le torrent circulatoire de substances actives ou irritantes. Il a aussi montré qu'il est en général facile d'éviter cette faute : il est certaines régions, telles que le pourtour de l'ombilic, les parties latérales de la région épigastrique où elle devient plus facile à commettre. On devra donc redoubler de précautions si l'on se décide à faire des injections en ces points, surtout si la gêne de la circulation

hépatique a amené un développement exagéré du système nerveux des parois abdominales.

Parfois la canule pénètre dans une petite artère. L'écoulement sanguin s'arrête très vite, car l'ouverture est fort petite et, de plus, il s'agit bien plus d'un écartement que d'une rupture des fibres de la paroi du vaisseau. Ce qui est à redouter dans ce cas, si l'on s'est servi d'un liquide irritant, c'est la production d'une thrombose qui est suivie d'une réaction de la paroi vasculaire et de phénomènes sur lesquels nous n'avons pas à nous étendre ici, mais dont le type peut être pris dans les effets qui suivent les injections de perchlorure de fer dans l'intérieur des vaisseaux d'un nœvus.

L'injection d'air n'a de gravité que si l'on a déjà commis la faute de pénétrer dans une veine.

Enfin, nous ne ferons que mentionner l'ecchymose, qui se produit facilement chez les sujets à peau fine ; elle n'a pas d'importance et disparaît sans accidents, s'il n'y a pas suppuration.

II

La suppuration, les abcès, les phlegmons constituent les accidents consécutifs les plus fréquents et les plus graves et leur pathogénie a été très discutée.

Les phénomènes débutent souvent par l'apparition d'une lymphangite légère qui se manifeste par une rougeur douloureuse au niveau du point piqué et entraîne la production de traînées qui conduisent dans des ganglions tuméfiés. Un pas de plus et l'on a l'érysipèle avec toutes ses conséquences. Il était autrefois très fréquent à la suite des injections de morphine.

L'induration et les nodosités sont les accidents qui se produisent le plus souvent. La tuméfaction varie beaucoup de volume, elle peut devenir assez considérable pour être une gêne pour le malade et entraver certaines fonctions. Elle s'accompagne d'une induration plus ou moins marquée et peut alors persister très longtemps, tout en diminuant peu à peu de volume. Lorsque les injections sont répétées très fréquemment dans une même région, ces nodosités arrivent à former des sortes de cuirasses irrégulières au niveau desquelles il devient très difficile d'enfoncer l'aiguille, qui peut alors se briser si elle n'est pas très solide.

Les abcès phlegmoneux sont caractérisés par tous les signes classiques de l'inflammation : tuméfaction, rougeur, chaleur, douleur; rapidement le pus se collecte, la peau se perce et il est évacué.

Bien plus fréquemment encore et surtout à la suite de certaines opérations, ainsi que nous le verrons plus tard, il se produit des collections séreuses qui n'entraînent que peu de douleur et peuvent facilement se résorber si le traitement local est convenable. Il ne s'agit pas là d'abcès véritables, ainsi que l'étude des lésions nous le montrera.

La gangrène est un accident rare et se produit le plus souvent par suite de la nature de la substance injectée. D'autres fois, elle succède à l'injection de quelques gouttes du liquide dans le derme. L'inflammation est alors facilement suivie d'étranglement.

La névrite est une suite fort grave des injections hypodermiques. Elle ne

succède pas seulement à la piqure d'un tissu nerveux, mais peut aussi se produire lorsque certaines substances, telles que l'éther, l'antipyrine, ont été injectées simplement au voisinage d'un tissu. Petiau et Vaillard ont provoqué chez le chien des névrites par des injections d'éther faites dans le tissu cellulaire, et Arnezan les a vues se produire chez l'homme. On comprend que plus une région est riche en filets nerveux, le foie et l'intestin par exemple, plus les accidents sont à craindre.

III

Etudions maintenant la pathogénie de quelques-uns des accidents que nous venons de passer en revue.

Les lymphangites, les érysipèles dépendent d'une infection microbienne et il en est de même de la plupart des abcès chauds. Cette infection peut être facilement évitée en flambant l'aiguille à injection et on en construit actuellement en platine évidé qui permettent de faire ce flambage sans émousser la pointe. On doit aussi laver antiseptiquement la région choisie, et ne se servir que de liquides clairs et *aseptiques*, précaution trop souvent oubliée quand on se sert de solution alcaloïdiques si facilement envahies par des moisissures et des microbes divers.

Quand on prend toutes les précautions, est-on sûr d'éviter les abcès? Non. Les expériences de Straus ont d'abord semblé démontrer que le pus n'apparaissait que là ou il y avait des microbes. Il a fait sous la peau des injections de mercure, d'huile de croton, d'eau bouillante, et n'a provoqué que des inflammations sans suppurations; s'il y avait du pus, on y trouvait des microbes provenant soit des liquides, soit des instruments employés. Un mélange à parties égales d'huile de croton et d'huile d'olive pure, d'après Ruiss, détermine un exsudat dans la chambre antérieure de l'œil, mais cet exsudat ne suppure pas et est simplement fibrineux. Les expériences de Kleinperer et Zackermann les ont conduits à la même conclusion.

Cependant, d'autres expérimentateurs sont arrivés à des résultats absolument contradictoires. Après avoir introduit sous la peau des capsules remplies d'huile de croton, Councelmann les brisait et provoquait ainsi le développement d'abcès. Gravitz, de Bary, ont aussi donné lieu à la formation de collections purulentes, en introduisant sous la peau des chiens de l'essence de térébenthine ou du nitrate d'argent. De même si l'on fait pénétrer du mercure dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin, il se produit du pus, bien que le liquide soit aseptique (de Christmas). Steinhaus a coordonné tous ces faits, en montrant que, si la suppuration peut se produire sans intervention de microbes par la seule intervention de substances chimiques organiques et inorganiques, les réactions obtenues varient et selon les substances et selon les espèces et selon la dose employée.

Une antisepsie même minutieuse ne met donc pas obstacle à toutes chances d'abcès et nous verrons, en étudiant les accidents provoqués par les principales substances usitées en injections hypodermiques, quelles sont celles qui entraînent le plus facilement cette complication.

Des accidents suppuratifs ou même gangréneux se produisent facilement chez certains sujets cachectiques, albuminuriques, diabétiques, ou dans les tissus atteints d'anasarque. Il faudra donc, dans des cas de ce genre, redoubler de précaution.

IV

Les modifications anatomiques produites par les injections hypodermiques peuvent nous éclairer sur la nature des accidents inflammatoires ou des collections séreuses.

Si un liquide clair, non irritant, se résorbe sans provoquer aucune lésion, il n'en est pas de même s'il se trouve des particules solides en suspension, même si ces particules sont inertes; il se fait une congestion autour d'elles, et un exsudat fibrineux, riche en globules blancs, les entoure; sauf s'il y a infection, on n'observe pas d'abcès proprement dit et la congestion ayant disparu, les particules solides séjournent au sein des tissus.

L'injection de nitrate d'argent provoque autour d'elles l'escharrification du tissu conjonctif; les tissus environnants se gorgent de sérosité trouble et un exsudat fibrineux, avec globules blancs, limite les progrès du processus inflammatoire. (Lister.)

Quarante et un jours après l'injection de mercure métallique dans les muscles et la joue d'un lapin, Lister constate l'existence d'une sorte d'émulsion qui tend à se traduire par un appel de leucocythes et qui apparaît sous forme d'un pansement emprisonnant des globules de mercure; le métal ainsi attiré est attaqué chimiquement avant d'entrer dans la circulation. On pourrait aussi remarquer un phénomène de rapidité amenant peu à peu le mercure dans les vaisseaux, mais pourquoi alors cette influence d'un milieu acide! car le tissu cellulaire est infiniment plus propre que le muscle à l'absorption du mercure métallique?

Enfin, les injections mercurielles déterminent des lésions spéciales, que Balzer a décrites en détail; il s'agissait d'une femme morte de cachexie qui avait été injectée à l'oxyde jaune. A la coupe des organes il s'écoulait un liquide épais d'apparence purulente renfermant relativement peu de leucocythes, mais beaucoup de graisse et des granulations probablement mercurielles.

Sur les coupes on trouve trois zones distinctes :

1° Une zone centrale ramollie, aux éléments cellulaires granuleux se colorant mal;

2° Une zone moyenne formée, pour la plus grande partie, de cellules embryonnaires groupées en nodules, une substance interne fibrillaire. Cette zone renferme aussi des cellules volumineuses à deux noyaux et même de véritables cellules géantes;

3° Dans la zone périphérique on observe des lésions inflammatoires plus ou moins intenses suivant les points; il y a sclérose du tissu conjonctif, formation de nodules embryonnaires péri-inoculaires et même oblitération progressive d'un certain nombre de vaisseaux. Les nerfs sont altérés dans une certaine mesure, car on aperçoit des amas de cellules embryonnaires dans leur gaîne.

Rolzer n'a trouvé de microbes en aucun point. Il a signalé aussi, à la suite d'injections d'antipyrine, des foyers sanguins produits par la rupture de vaisseaux du tissu cellulaire devenus friables. Il se produit des lésions du même genre consécutivement aux injections d'éther (P. Daniel).

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

—

CHIRURGIE

De l'intervention chirurgicale dans l'hypertrophie de la prostate. — M. Gervais de Rouville, interne des hôpitaux, a publié, sur ce sujet, dans le numéro du 10 juin de la *Gazette des hôpitaux*, une intéressante revue dont il a bien voulu faire un extrait pour l'*Union médicale*.

Les opérations dirigées contre l'hypertrophie prostatique sont de deux ordres : palliatives et curatives ; les premières s'adressent uniquement aux complications de l'hypertrophie de la prostate, les seconds ont la prétention de supprimer la cause de ces complications. Entre ces deux méthodes on doit placer la prostatotomie que l'on voudrait assimiler à l'uréthotomie interne, et dont l'efficacité est subordonnée à l'emploi du drain mis à demeure entre les deux lèvres de l'incision glandulaire.

Toutes ces interventions trouvent leur indication dans la rétention d'urine et la cystite, complications qui dominent l'histoire clinique de l'hypertrophie de la prostate.

Dans un premier chapitre, l'auteur passe en revue les méthodes palliatives et en apprécie les résultats :

1° *Les ponctions capillaires* par lavoie hypogastrique doivent être employées chez tout prostatique atteint de rétention d'urine, après l'échec de la médication décongestionnante et du cathétérisme. Elles constituent une intervention facile et sans danger, lorsqu'elles sont faites aseptiquement. Dans le cas où l'urine du malade est septique, ce qui est fréquent chez les prostatiques, il faut avoir le soin d'éviter l'issue de l'urine dans la cavité de Retzuir, lors de la sortie du trocart, et pour cela il faut, avant de retirer le trocart, laisser pénétrer l'air dans l'appareil ou injecter une solution antiseptique. On peut ainsi répéter les ponctions aussi souvent qu'il est nécessaire. Mais on ne doit pas continuer indéfiniment l'emploi de cette méthode ; dans le plus grand nombre de cas, dès le lendemain, l'évacuation se fera par le canal, le cathétérisme sera devenu facile ; dans le cas contraire, lorsque plusieurs jours de ponction n'ont pas rendu possible l'introduction de la sonde, on pratiquera avec avantage le méat hypogastrique ou la boutonnière périnéale. Ainsi donc, rétention d'urine avec obstacle persistant au cathétérisme, malgré des ponctions répétées ; voilà une première contre-indication à l'emploi prolongé des ponctions, une seconde contre-indication est constituée par le développement de signes d'intoxication par infection locale à la suite de ponctions, ramenant une urine trouble, purulente. Dans le premier cas, il faut créer à l'urine une voie d'écoulement artificielle permanente ; pour la deuxième, il faut ouvrir la vessie, la drainer et la maintenir ouverte, tant que l'état général du malade et les caractères de son urine, le rendront nécessaire. Reste à déterminer par quel procédé : 1° *La ponction ou sonde à demeure* paraît à l'auteur très inférieure à la cystotomie hypogastrique, qui permet d'examiner directement la cavité vésicale, de la laver, de la désinfecter et de la débarrasser des calculs secondaires qui, si souvent, habitent la vessie prostatique infectée ;

2° *La cystotomie sus-pubienne*, dirigée contre les accidents prostatiques, a été pratiquée pour la première fois par Sédillot, en 1863. Depuis lors elle a été pratiquée un grand nombre de fois, mais c'est M. Poncet de Lyon qui l'a vraiment vulgarisée et qui en a modifié très heureusement le manuel opératoire. Elle reconnaît deux grandes indications : la rétention d'urine dans les cas spécifiés, et les cystites graves, rebelles à l'emploi du nitrate d'argent et à celui du cathétérisme. Quelques jours après l'opération, si

l'urèthre redevient perméable, on laisse cicatriser la fistule hypogastrique ; dans le cas contraire, il faut maintenir béante l'ouverture vésico-abdominale par un des nombreux moyens que l'auteur passe en revue, ou, plus simplement, comme le conseille Diday, par le cathétérisme intermittent. Il résulte des observations réunies par l'auteur, dont une lui est personnelle, que la cystotomie sus-pubienne constitue une intervention efficace et sans danger, suivie de longues améliorations ou de guérisons complètes.

3° La boutonnière périnéale a des adeptes fervents dans Witehead, Braun, Harrisson, Annandale, Thompson. Elle reconnaît les mêmes indications que la cystotomie sus-pubienne; comme cette dernière, elle est bénigne et facile à exécuter. Mais le méat sus-pubien doit lui être préféré; elle offre les mêmes avantages et il en présente d'autres que n'a pas l'opération de Thompson.

Dans un second chapitre, l'auteur étudie les opérations qui s'adressent directement à la prostate hypertrophiée, soit pour l'inciser, soit pour en inciser une partie. Il passe rapidement sur la *Méthode uréthrale* de Mercier, insistant un peu plus sur la méthode galvanocaustique de Bottini, sur laquelle il serait imprudent de porter actuellement un jugement définitif.

La *prostatotomie périnéale,* opération d'Harrisson, a fourni de bons résultats, grâce au drain périnéal mis à demeure entre les lèvres de l'incision de la glande; elle a ses indications bien nettes qui sont étudiées plus loin.

La *prostatectomie périnéale* n'est pas la voie à suivre pour la réalisation de la prostatectomie, malgré les faits favorables de Kuster et de Man Schede.

La *prostatectomie sus-pubienne* est l'opération de choix. C'est une taille hypogastrique, avec résection de la prostate; celle-ci se fera d'une façon différente, suivant la position, la forme, la dimension de la tumeur prostatique; l'auteur insiste longuement sur le manuel opératoire suivi par son maître, M. Tuffier, dans un cas qu'il relate tout au long; il s'agissait d'un lobe médian à pédicule large; M. Tuffier en fit l'extirpation au bistouri, en creusant de chaque côté du pédicule et en plein tissu glandulaire, un véritable fossé, de forme triangulaire, à base supérieure et à sommet inférieur; au lieu de rapprocher par la suture les deux versants du fossé, dans le sens transversal, ce qui aurait diminué la largeur du canal, il réunit la lèvre antérieure ou uréthrale à la lèvre postérieure ou vésicale. L'hémorrhagie est généralement insignifiante, et le meilleur moyen de se mettre à l'abri de cette complication consiste dans l'emploi du bistouri et de la suture. Après l'excision du lobe prostatique, on peut ou bien faire la suture partielle de la vessie et de la paroi abdominale avec drainage vésical, ou bien faire la suture totale de la vessie et de la paroi; cette dernière méthode est la méthode de choix, et, à moins de vessie « émusclée » ou de lésions vésicales étendues compliquées de péricystite, c'est à elle qu'il faut avoir recours ; les deux conditions *sine quâ non* du succès sont l'asepsie opératoire et la suppression complète de l'obstacle au cours des urines. L'auteur insiste sur les avantages de la suture des bords de la plaie vésicale au catgut; la soie, employée pour les sutures d'une plaie quelconque de l'appareil urinaire peut devenir le point de départ d'incrustations, comme l'ont démontré à M. Tuffier ses expériences sur la lithiase urinaire artificielle. Une sonde à demeure est de toute nécessité. La symphysétomie ouvre une voie large et permet d'apercevoir très nettement le col vésical et la région prostatique de l'urèthre; mais elle sera surtout de mise pour d'autres altérations prostatiques.

De l'examen des observations publiées, l'auteur conclut que, si la prostatectomie sus-pubienne a ses succès incontestables, elle a aussi ses revers. C'est que la Cure Radicale de l'hypertrophie de la prostate ne doit être tentée que dans certaines conditions anato-

miques et cliniques déterminées. Les indications et les contre-indications de cette opération sont étudiées dans le troisième chapitre.

Une première question se pose : La Cure Radicale de l'hypertrophie prostatique est-elle légitime? L'auteur expose les deux théories pathogéniques de la rétention d'urine chez les prostatiques, celle qui voit uniquement dans la prostate hypertrophiée la cause de la rétention, et celle qui l'explique par la localisation sur la vessie de l'artério-sclérose, maladie générale qui frappe à la fois tous les points de l'appareil urinaire ; et il aborde la question intéressante des rapports de l'artério-sclérose avec l'hypertrophie de la prostate. Par une série de preuves anatomiques et cliniques, il arrive à concilier les deux théories pathogéniques précédentes, en montrant que dans l'immense majorité des cas, la rétention d'urine reconnaît pour cause et l'hypertrophie de la prostate, et la sclérose vésicale, celle-ci étant, le plus souvent, secondaire à celle-là; la vessie lutte derrière la prostate primitivement hypertrophiée; elle se fatigue et se surmène d'autant plus vite, qu'à la période physiologique où elle se produit, la lutte aboutit à la sclérose; la conclusion thérapeutique s'impose, il faut supprimer le plus vite possible l'obstacle à la miction, avant que les lésions vésicales soient devenues définitives. Mais toutes les prostates hypertrophiées et tous les prostatiques ne sont pas égaux devant la cure radicale. Il faut savoir choisir les cas favorables. L'âge du malade est à considérer. Il existe des prostatiques jeunes, et ce sont eux chez lesquels on aura le plus de chances de rencontrer des lésions scléreures encore localisées ou peu développées.

La forme anatomique de l'hypertrophie a la plus grande importance, et l'existence d'un lobe moyen volumineux, d'une barre prostatique, d'un lobe latéral hypertrophié, favorable à l'intervention, est malheureusement rare.

L'état des reins doit être examiné avec soin; entre les lésions définitivement constituées de la néphrite suppurée, de la pyélo-néphrite, et les lésions scléreuses purement séniles du prostatique au début de son hypertrophie, se déroule toute la gamme des altérations urinaires ascendantes qui, pour la plupart, ne sont pas de nature à contre-indiquer l'intervention.

L'état du réservoir vésical à une importance moyenne, la manœuvre de Civiale rendra de grands services pour l'apprécier.

Le traitement radical de l'hypertrophie de la prostate est, dans certains cas rares, mais indiscutables, absolument rationnel. Comment intervenir ?

Le mode d'intervention dépend de la forme anatomique de l'hypertrophie. Celle-ci sera facilement diagnostiquée par les moyens ordinaires. La prostatotomie périnéale sera l'opération de choix, dans le cas de barre prostatique. D'une façon générale, l'hypogastre est la voie à suivre pour la prostatectomie; la section franche au bistouri et la suture seront le procédé de choix.

Du traitement de l'orchite aiguë par la pulvérisation phéniquée. — Cette méthode, employée par MM. les docteurs Thiéry et Fosse, consiste à pulvériser une solution d'acide phénique à 1/50 sur les bourses recouvertes ou non d'une feuille simple de gaze tarlatane et isolées de l'hypogastre et de la partie supérieure des cuisses par un taffetas gommé. Sa pulvérisation doit être projetée aussi chaude que possible, durant vingt minutes à une demi-heure. Elle est renouvelée deux fois par jour (exceptionnellement trois dans les cas très graves), jusqu'à disparition complète de la douleur. Dans l'intervalle de deux pulvérisations le malade reste étendu dans son lit, les bourses relevées : au bout de quelques jours, on lui permet de se lever.

Cette méthode de traitement à la fois inoffensive et efficace mérite de prendre place dans la thérapeutique de l'épididymite blennorrhagique et vraisemblablement de toutes

les orchites aiguës. Elle ne donne lieu à aucun accident local ou général et semble abréger d'une façon notable la durée de l'affection (*Gazette des hôpitaux*, 3 septembre 1893).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 octobre 1893. — Présidence de M. Sappey

Paradoxes thermométriques

M. Onimus désire attirer l'attention des médecins sur les erreurs pour ainsi dire paradoxales auxquelles peuvent donner lieu les observations thermométriques.

La mensuration de la température extérieure paraît être une chose facile, mais en réalité rien n'est plus incertain, et la preuve la plus frappante est la différence énorme qui existe entre la température marquée par le thermomètre et celle que nous ressentons pendant les mois d'hiver, au moment du coucher du soleil. Ce sont les sensations qui ont raison et les thermomètres qui ont tort.

Lorsque les journées sont belles, le thermomètre, à cinq heures du soir, marque la même température qu'à dix ou onze heures du matin, et cependant le matin on a chaud et au moment du coucher du soleil on a froid et même très froid.

La discordance entre nos sensations et les indications thermométriques est tellement grande, que l'on peut croire tout d'abord à la défectuosité des instruments. Il n'en est rien, le fait est absolument exact; thermométriquement parlant, il y a le même nombre de degrés à cinq heures qu'à dix heures.

Un seul instrument donne des indications qui concordent mieux avec nos sensations, c'est le thermomètre humide. Celui-ci en effet se rapproche des conditions de notre organisme, car l'évaporation de l'eau sur la cuvette représente la transpiration cutanée. Cette influence est si considérable qu'on est étonné des écarts qui existent entre le thermomètre sec et le thermomètre humide, ils varient de 2 à 4 degrés et peuvent même atteindre 10 degrés, lorsque les vents qui règnent sont secs.

Cependant le thermomètre humide même ne peut donner que des approximations, car l'évaporation étant l'élément important, celle-ci n'est pas identique sur le thermomètre et sur le corps humain.

Les erreurs du thermomètre sont certaines et très accusées lorsqu'il y a de l'agitation de l'air, un vent violent ; elles sont plus accusées encore lorsque l'air est très sec.

D'un autre côté, les phénomènes de radiation ont une influence moindre sur le thermomètre que sur notre organisme et le refroidissement que nous éprouvons à un moment tient surtout au rayonnement de toutes les parties de notre corps. C'est là un genre de refroidissement que les instruments physiques peuvent difficilement évaluer.

La différence entre les indications thermométriques et nos sensations peut même se produire non seulement à certains moments de la journée, mais pendant toute une journée ; c'est ainsi que, lorsque le vent du nord-ouest souffle avec un ciel serein, le thermomètre monte le premier jour et cependant nos sensation révèlent un refroidissement considérable.

Ce n'est pas tout, selon l'endroit où est placé le thermomètre, il y a une différence considérable, différence qui peut durer vingt-quatre heures. Dans l'intérieur des maisons, la baisse survenue à la suite de perturbations atmosphériques amenant du froid

dure un jour de plus qu'à l'extérieur et c'est pour cela qu'on éprouve une sensation si pénible de froid, et que l'on s'étonne si souvent qu'il fasse plus chaud dehors que dedans. C'est le contraire qui a lieu au début de la perturbation atmosphérique.

On ne saurait donc se tenir suffisamment en garde contre les erreurs commises dans les observations thermométriques.

Morve et malléine

M. NOCARD dépose sur le bureau de l'Académie un rapport de M. ALEXANDRE sur les maladies contagieuses des animaux observées dans le département de la Seine pendant l'année 1892.

M. Nocard fait ressortir une partie intéressante de ce travail, relative à l'usage de la malléine comme agent révélateur de la morve chez les chevaux ne présentant aucune manifestation extérieure de cette maladie.

C'est ainsi que, pendant l'année 1892, le directeur de la Compagnie l'*Urbaine*, M. de Lamontha, voulut bien laisser inoculer tous ses chevaux (4,350) avec la *malléine*, qui est un extrait glycériné de cultures de bacille de la morve stérilisé par la chaleur. Sur ces 4,350 chevaux inoculés, 562 présentèrent la réaction thermique révélatrice de la morve, ils furent sacrifiés et l'autopsie établit que ces animaux étaient manifestement atteints de morve.

La séance est levée à 3 heures et demie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Question d'honoraires

Quoique ces questions soient bien délicates à traiter et que nous pensions que moins le médecin va chez le juge de paix plus il reste dans la dignité de sa profession, il est certaines manières d'être des clients que le médecin ne peut tolérer. Aussi donnons-nous l'extrait suivant du jugement rendu par le juge de paix du onzième arrondissement de Paris, comme présentant quelque intérêt :

Attendu que le docteur Tourneur a fait citer devant nous les époux Langlois à l'effet de s'entendre condamner à lui payer la somme de 165 fr., qu'ils lui doivent pour honoraires, soins et visites de médecin, requérant intérêts et dépens;

Attendu que pour repousser cette demande, les défendeurs sont obligés de reconnaître que, lors de la maladie, en 1890 et 1891, de la dame Bontemps, à laquelle ont été donnés les soins, cette dernière était logée chez eux, mais contestent devoir quoi que ce soit au demandeur pour ses soins, et concluent au rejet de la demande du docteur qu'ils renvoient à se pourvoir contre la succession de la dame Bontemps, déclarant opposer la prescription résultant de l'article 2272 du Code civil;

Attendu, en ce qui touche ce dernier moyen, que la prescription, dans l'espèce, ne pouvant être invoquée que comme présomption de la libération, est inconciliable avec les explications produites. d'où suit que nous ne saurions nous arrêter ni avoir égard au moyen tiré de la prescription, dont il convient de débouter les défendeurs;

Attendu que ces derniers ne sauraient méconnaître que le docteur Tourneur, leur médecin habituel, a été appelé par eux, passage Saint-Sébastien, n° 17, pour donner ses soins à la dame Bontemps, amenée à son cabinet par sa belle-sœur, la dame Langlois ; qu'avec l'assentiment des époux Langlois, en qui il a dû faire confiance, en raison des circonstances de l'affaire, il s'est assuré pour ses soins à donner à sa malade du con-

cours du docteur Polaillon, chirurgien des hôpitaux, et du docteur Boutarel, lesquels ont concouru auxdits soins ;

Attendu que tout concourt pour qu'il soit fait droit à la demande, qui comme chiffre n'est pas contestée et n'a rien d'exagéré ;

Par ces motifs, statuant contradictoirement et en premier ressort, sans nous arrêter ni avoir égard au moyen de prescription, dont il y a lieu de débouter les défendeurs, condamnons par toutes voies de droit les époux Langlois solidairement entre eux, à payer au docteur Tourneur la somme de 165 francs pour les causes dont s'agit, avec intérêts tels que de droit et dépens ;

Vu les dispositions de l'article 11 de la loi du 25 mai 1838, ordonnons l'exécution provisoire et nonobstant appel du présent jugement.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DES MALADIES DE LA BOUCHE (pathologie interne), suivi d'un précis d'Hygiène de cette cavité, par le docteur MAUREL, agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. O. Doin, 1893.

Dans ce volume de 400 pages, M. Maurel nous donne le compte rendu des cours qu'il a professés à la Faculté de Toulouse, et nous ne pouvons que l'en féliciter car l'idée est originale. Réunir en effet, dans un seul livre, l'étude des maladies de la cavité buccale, c'est faire œuvre utile ; car rien n'est plus compliqué que la connaissance et le diagnostic des affections si nombreuses qui peuvent prendre naissance dans ce milieu si complexe lui-même ou abondent tant de causes susceptibles de faire naître des infections.

La bouche est en effet occupée par une quantité considérable de microbes et M. Maurel commence par les étudier dans son introduction. Cette étiologie est la vraie car sans eux pas de complications, pas de dangers ; il était donc très important de les mettre au premier plan. Ceci fait, l'auteur entre dans son sujet et fait l'histoire des stomatites, en les considérant sous tous leurs aspects successifs depuis la gingivite simple jusqu'aux formes phlegmoneuses, ulcéreuses ou gangreneuses les plus graves, et c'est à chaque pas dans cette étude qu'on retrouve retracées les circonstances de la contagion, le mécanisme de l'infection, ce qui met le livre de M. Maurel tout à fait au point.

Les stomatites toxiques forment aussi un chapitre à part et complètent l'ouvrage.

Au premier abord, on peut être étonné de ne pas rencontrer dans cet ouvrage la description complète des maladies syphilitiques, cancéreuses et même tuberculeuses de la langue ; mais il faut se reporter au titre de l'ouvrage. L'auteur a spécifié qu'il n'étudiait que la pathologie interne. Faire le contraire eut été embrasser un trop vaste cadre.

Notre ami Maurel a mis dans ce volume l'empreinte des qualités qu'il possède, travail et originalité, et c'est un plaisir pour nous que de l'en féliciter. E. R.

FORMULAIRE

—

TRAITEMENT DE LA MIGRAINE

Buthyl chloral hydraté	1 gramme
Teinture de Gelsemirum	xxx gouttes
Teinture de chanvre indien . . .	xv —
Glycérine.	16 grammes
Eau distillée.	9 s. p. f. 90 gr.

Le *Practitionner* qui publie cette formule, recommande de prendre 10 grammes de cette mixture et de répéter en cas de besoin.

Le *Nat. Ding* propose de son côté d'administrer le Buthyl chloral en capsules :

Buthyl-chloral hydraté	1 gramme
Extrait de chanvre indien	0 gr. 25

Par paquets de 16 capsules.

On doit commencer par 2 capsules et prendre ensuite une capsule toutes les demi-heures, jusqu'à disparition de la douleur.

L'action du buthyl-chloral sur la migraine et les névralgies faciales serait très rapide.

COURRIER

Écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières. — Les écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié et de la Salpêtrière ouvriront leurs cours professionnels le lundi 2 (Salpêtrière) et mardi 3 octobre (Pitié), à huit heures du soir. L'enseignement comprend les cours suivants : cours d'administration, éléments d'anatomie et de physiologie, pansements, soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, hygiène et petite pharmacie.

Les personnes qui désirent suivre ces cours doivent s'adresser : pour l'École de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, de neuf heures du matin à midi ; pour l'École de la Pitié, rue Lacépède, 1, de huit heures du matin à cinq heures du soir.

11e Congrès international de médecine de Rome. Comité français. — Le Congrès de Rome a été ajourné au mois d'avril 1894. A ce sujet, M. le docteur Marcel Baudoin, secrétaire général du comité français, adresse à ses collègues la circulaire suivante :

« Tous les souscripteurs qui ont versé le montant de leur cotisation au secrétariat général du comité français, et qui, n'ayant plus l'intention de se rendre à Rome en 1894, désireraient être remboursés, doivent adresser de suite au secrétaire général de ce comité une demande écrite de remboursement. Cette demande sera immédiatement transmise au comité français, qui avisera dans le plus bref délai.

Je crois devoir faire remarquer pourtant, à titre de simple renseignement, que jusqu'à présent aucune demande de remboursement n'a eu lieu en Italie ou dans les autres pays. J'ajoute que la cotisation demandée à chaque adhérent ne doit pas être considérée comme une contribution aux frais généraux du Congrès et qu'elle a toujours représenté, dans les sessions précédentes, le prix de revient des volumes des comptes rendus. Or, le renvoi du Congrès n'annule en aucune façon cette publication ; il en recule seulement la date.

Je n'ai pas besoin d'insister longuement au point de vue des agréments du voyage, sur les avantages de cet ajournement ; d'ailleurs, comme par le passé, je reste à la disposition de toutes les personnes qui, sur ce point spécial, seraient désireuses d'obtenir des renseignements plus circonstanciés. »

— M. le docteur Chenet est nommé médecin honoraire du Bureau de bienfaisance du XXe arrondissement de Paris.

École du service de santé. — *Concours d'admission en 1893.* — Liste, par ordre de mérite, des candidats admis à cette École :

1. Raymond, Séguinaud, Scheffer, Thollon, Julia, Danis, Guignot, Sacquépée, Langlois, Duméry.

11. Vandenbossche, Vignes, Folly, Le Bihan, Pinet, Costa, Job, Dejouany, Roulliandis, Masson.

21. Trutié de Vaucresson, Dopter, Ardoin, Calais, Camus, Picon, Capmas, Maitre, Duffau, Massoulard.

31. Bourcier, David de Drézigné, Wagon, Théaulon, Pélissié, Martin, Taste, Angué, Fadheuilhe, Rabuson.

41. Vignal, Gabriel, Faideau, Baills, Perrin, Bas, Cassan, Grall, Finck, Conte.

51. Béranger, Boudriot, Brun, Gauthier, Jacquemin, Dickson, Baron, Navas, Brisard, Bertelé.

61. Biérer.

Les trente premiers candidats admis devront se présenter à l'École le 22 octobre prochain, soit de huit à dix heures du matin, soit de deux à quatre heures de l'après-midi; les trente et un autres, le lendemain 23 octobre, aux mêmes heures.

Bourses de doctorat. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le vendredi 27 octobre 1893.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le vendredi 20 octobre, à quatre heures.

Seront admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la chimie, la physique et l'histoire naturelle.

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de deuxième année. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie, la miologie, l'angiologie et l'histologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur la névrologie, la splanchnologie, l'anatomie des régions, l'histologie et la physiologie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » la deuxième partie du second examen probatoire. Les épreuves sont : une composition de de médecine et de chirurgie. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

5° Les candidats pourvus des grades de bacheliers ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont été admis à chacun de ces grades avec la mention « bien » pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

A l'Institut. — Nous croyons savoir que l'élection à la place vacante dans la section de médecine à l'Académie des sciences aura lieu bien plus tôt qu'on ne le pensait. On nous dit, en effet, que les cinq membres de la section désirent proposer la date du 30 octobre prochain pour le remplacement de leur regretté confrère M. Charcot. Ils sont tous d'accord pour présenter en première ligne M. Potain et le corps médical tout entier applaudira à son élection. (*Mercredi médical.*)

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA CHARITÉ

M. le professeur DUPLAY

—

Rupture partielle, centrale, du grand droit antérieur de l'abdomen. Hématome consécutif

Leçon recueillie par le docteur A. DEMOULIN, chef de clinique

Messieurs,

Un homme d'une cinquantaine d'années, est entré la semaine dernière dans notre service (salle Velpeau, lit n° 17), pour une tuméfaction douloureuse de la région sous-ombilicale, d'origine récente, et qui s'est produite dans les conditions que voici :

A son arrivée à l'hôpital, notre malade qui est cuisinier, raconte qu'il y a douze jours, il voulut charger, sur un crochet, un sac de pommes de terre ; il dut recourir à l'aide d'un de ses camarades qui, après avoir prestement enlevé le fardeau du sol, le laissa, trahi par ses forces, lourdement retomber sur le crochet. Notre homme faillit tomber à la renverse et pour éviter la chute contracta violemment ses muscles de l'abdomen. Immédiatement, il ressentit une douleur vive au-dessous de l'ombilic, dût déposer sa charge, ne put ensuite que marcher péniblement le corps penché en avant. Rentré à son domicile, il prit le lit, constata la présence d'une grosseur sous-ombilicale pour laquelle il reçut les soins d'un confrère, qui se borna à prescrire des applications émollientes sur la tuméfaction.

Au bout de cinq jours, le malade jugea bon de consulter un autre médecin qui, après avoir examiné la région sous-ombilicale, diagnostiqua une

---

FEUILLETON

—

Perdus dans la brume

Le croiseur que le ministère de la marine envoie chaque année en Islande et à Terre-Neuve, pendant la saison de la pêche, n'a pas seulement pour objet de surveiller et de protéger les navires de commerce qui se livrent à cette industrie. Il doit en outre assurer, dans la mesure du possible, les soins médicaux aux pêcheurs. Tout bâtiment ayant des malades à son bord qui rencontre en mer le croiseur de la station, lui signale qu'il a besoin du docteur et celui-ci se rend à cet appel. Ce devoir de haute humanité est souvent très pénible et parfois périlleux à remplir, témoin le fait suivant que me racontait récemment un vénéré confrère qui fut à deux reprises médecin-major du stationnaire.

Ce souvenir est déjà ancien ; il remonte à près de cinquante ans. A cette époque, la marine à vapeur n'existait pour ainsi dire pas. C'étaient de petits navires à voiles qui assuraient le service. Celui où fut embarqué notre confrère était un simple cotre de vingt à vingt-cinq mètres de long, monté par trente hommes d'équipage tout au plus, y com-

hernie et prescrivit l'application d'un appareil destiné à la contenir. Muni de son ordonnance, le patient se rendit chez un bandagiste qui se refusa à reconnaître une hernie et à appliquer le bandage prescrit.

Voilà maintenant ce que nous révèle l'examen :

Sur la partie latérale droite de la région sous-ombilicale de la paroi abdominale antérieure, se trouve une tumeur peu saillante, reproduisant la forme de l'extrémité inférieure du muscle grand droit; elle commence à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et cesse au niveau du bord supérieur du pubis. Ses limites supérieure et inférieure sont peu précises, en dedans elle présente un bord exactement parallèle à la ligne blanche au niveau de laquelle il se trouve ; en dehors on constate un bourrelet correspondant au bord externe du grand droit, et, qui comme lui, se rapproche de la ligne médiane à mesure qu'il descend vers le pubis. La tumeur recouverte par une peau absolument saine a, lorsque la paroi est dans le relâchement, ce qu'on obtient par la flexion des cuisses sur le bassin, une consistance assez ferme, plus prononcée que celle des fibromes ; ce sont là des nuances difficiles à saisir et qu'on n'apprécie que par une longue expérience clinique. Dans le relâchement de la paroi, la tumeur est absolument immobile dans le sens vertical, mais on peut lui imprimer quelques légers mouvements dans le sens transversal. Si on fait contracter les grands droits abdominaux, ce qui est facile en priant le malade couché, de se lever sur son séant, on constate que la tumeur s'enfonce vers la cavité abdominale, devient tout à fait immobile et augmente de consistance ; elle est alors absolument dure.

Notre homme ne souffre point quand il est couché, éprouve quelques douleurs quand il marche le corps droit, douleurs qui cessent lorsqu'il se penche légèrement en avant. A la palpation, la tumeur est peu sensible.

L'état général est excellent, point de tare organique.

Et d'abord, où siège cette tumeur? Sous l'aponévrose.

Pourquoi ?

La tumeur à laquelle nous avons affaire est peu saillante, c'est une présomption en faveur de son siège sous-aponévrotique, mais ce n'est qu'une

---

pris l'état-major, qui se composait de trois personnes : deux enseignes de vaisseau, dont l'un était le commandant, l'autre le second du bâtiment, et le médecin-major. Ce titre pompeux s'appliquait à un tout jeune homme qui venait d'être promu, après quelques mois seulement d'études, dans un des trois ports où la marine avait ses écoles de santé, au degré le plus modeste de la hiérarchie : il était chirurgien de 3e classe. La marine est devenue depuis plus exigeante sur la qualité de ceux à qui elle confie la santé de ses équipages; mais alors on n'y regardait pas de si près. Le doctorat était une superfluité qu'il n'était point interdit de rechercher ; mais on n'y attachait aucune importance, les ambitieux seuls briguaient et obtenaient le diplôme quand les hasards de la carrière leur en laissaient le loisir, ce qui était rare Toujours est-il que le cotre l'*Alcyone* avait pour unique médecin, dans les mers d'Islande, en 1845, un de ces tout jeunes gens initiés, en un semestre, aux premiers rudiments de l'art de guérir. Sa juridiction thérapeutique s'étendait sur une centaine de bricks et de goelettes armées, pour la campagne de pêche, dans les petits ports de la Manche.

Est-il besoin de dire ce qu'était l'existence sur ces cotres minuscules auxquels la moindre houle imprime d'invraisemblables mouvements de roulis, dans des mers rava-

présomption. Ce qui nous permet de l'affirmer, c'est que quand le muscle grand droit antérieur (côté droit) se contracte :

1° La tumeur perd sa mobilité,

2° Elle s'enfonce vers la cavité abdominale,

3° Elle augmente de consistauce.

De plus, la forme de la tumeur reproduisant absolument celle de l'extrémité inférieure du muscle grand droit, nous sommes autorisés à dire que nous nous trouvons en présence d'une tumeur de la gaîne du muscle grand droit du côté droit de l'abdomen.

Cette première notion rend le reste du diagnostic extrêmement facile.

En raison de la rapidité de l'apparition, nous pouvons éliminer toutes les affections inflammatoires ou organiques de la paroi. Il ne saurait être question ici de phlegmon de la gaîne du grand droit; l'examen du malade ne permet pas de s'arrêter un moment à l'idée de fibrôme siégeant à ce niveau et qu'on observe presque exclusivement chez les femmes et surtout à la période de l'activité sexuelle.

Il n'y a que deux hypothèses. Il s'agit ou d'une *hernie* ou d'une *rupture du muscle grand droit antérieur de l'abdomen* (côté droit).

Je viens de prononcer le mot : *hernie musculaire*. Je suis obligé d'ouvrir ici, une large parenthèse, car, il faut bien s'entendre sur ce terme : *hernie musculaire*. Presque toutes les observations publiées antérieurement au travail de Farabeuf, en 1881, sous le nom de hernies musculaires, ne sont que des exemples de rupture simultanée d'un muscle et de son aponévrose. La gaîne rompue donne passage soit à une partie du muscle déchiré, soit à ses deux bouts si la rupture est totale, ce n'est point là une hernie musculaire vraie, c'est une pseudo-hernie et son étude rentre dans celle des ruptures.

La hernie vraie est toute autre. D'abord, elle ne se produit pas brusquement, elle résulte de l'usure lente des aponévroses; celles-ci finissent par se perforer et le muscle non déchiré, intact, fait petit à petit hernie à travers l'aponévrose détruite, donnant naissance à une tumeur molle, réductible quand le muscle est à l'état de relâchement. Dans ses expériences sur

---

gées sans trêve par les coups de vent, couvertes à tout moment de brouillards opaques qu'un soleil sans rayons éclaire à peine et où l'on ne distingue rien à dix pas devant soi ? On y était logé Dieu sait comment, on y mangeait plus mal encore ; pour n'y point mourir de tristesse et d'ennui, il fallait toute la sève joyeuse et les belles illusions d'une robuste jeunesse. Une chose, à vrai dire, compensait ces misères : il se créait là des amitiés de frères, chaudes et solides, et qui duraient autant que la vie. Elles étaient comme le prix des fatigues et des souffrances de chaque jour, des dangers incessants subis et bravés en commun, des services et des dévouements réciproques.

L'*Alcyone*, un jour, passa en vue d'un brick dont le pavillon était en berne, signe de deuil ou de détresse. Les marins seuls comprennent toute l'impression poignante qui se dégage de ce symbole si simple : les couleurs à mi-drisse. Les bâtiments qui aperçoivent ce signal s'empressent d'en demander la raison ; s'il s'agit d'une mort, ils s'associent à la tristesse de l'équipage qui a perdu l'un des siens, en amenant eux-mêmes leur pavillon ; s'il s'agit d'un secours à donner, les matelots font l'impossible pour venir en aide à ceux qui sont en danger ; aucun héroïsme n'est au-dessus de leur courage, et le sacrifice de leur existence leur paraît être alors la chose du monde la plus naturelle.

les animaux, Guinard, a bien montré que la hernie vraie se produit quand on rapproche rapidement les deux insertions du muscle et qu'elle disparaît quand le muscle se contracte énergiquement, sans produire de travail utile, sur les os qu'il doit mouvoir et qu'elle durcit, mais se réduit notablement quand le muscle se contracte sans entrave. Larger dans un cas de hernie du jambier antérieur saillante et molle au repos a vérifié la réduction de la tumeur lorsque le muscle se contractait, sa disparition quand on lui faisait subir une distension passive. Retenez bien ces faits. La hernie musculaire vraie se produit lentement, par usure des aponévroses, elle forme une tumeur molle, réductible quand le muscle est dans l'état de relâchement, cette tumeur quand le muscle se contracte diminue toujours de volume, tout en durcissant, mais ne grossit jamais.

Il ne saurait être question de hernie vraie du grand droit chez notre malade, la lésion s'est produite brusquement, il y a eu rupture du muscle. Mais à quel degré? Il y en a plusieurs.

Les ruptures musculaires sont complètes ou incomplètes. Incomplètes elles peuvent intéresser la couche superficielle ou un des bords du muscle, ou bien elles portent sur les fibres profondes, éloignées de la gaîne. L'aponévrose peut rester intacte dans les déchirures complètes ou incomplètes, elle semble l'être toujours dans les ruptures centrales. Mais pour les muscles qui adhèrent à leur gaîne comme le grand droit qui nous intéresse tout particulièrement, et, qui se brise, surtout dans la région sous-ombilicale, à égale distance du pubis et de l'ombilic, la gaîne dans les ruptures complètes ou incomplètes étendues, les ruptures centrales exceptées, se laisse déchirer avec le muscle. Les bouts musculaires séparés, où l'un d'eux seulement, fait hernie à travers la déchirure aponévrotique et il y a alors rupture avec hernie, c'est-à dire pseudo-hernie musculaire.

Quand une rupture musculaire se produit, on observe une sensation brusque de déchirure, le muscle intéressé devient impropre à remplir sa fonction et le malade instinctivement prend une position qui assure le relâchement. On a signalé dans certains cas, un craquement analogue à celui qui accompagne les fractures, les ruptures tendineuses.

Rien d'aussi grave n'était en question ici. Aux signaux qu'on lui avait faits, le navire de pêche avait répondu simplement qu'il avait deux malades à son bord et demandé qu'on voulût bien les faire visiter par le médecin de la station.

Il faisait beau temps, très petite brise et mer presque plate. A peine une houle très longue et très douce témoignait-elle qu'une récente tempête avait sévi dans ces parages. Le ciel était de ce gris pâle, uniforme, qui se reflète si exactement dans les flots que l'horizon en est indécis.

C'étaient de ces calmes aux allures bizarres, qui portent avec eux on ne sait quelle inquiète mélancolie, quels pressentiments inexprimés, quelle imprécise nervosité! Sans raisons, sans motifs apparents, inconsciemment, pour ainsi dire, on s'en défie. On en éprouve un malaise presque irréel, à l'influence duquel, cependant, nul ne peut se soustraire.

« — Cela m'ennuie de vous envoyer faire cette corvée, disait le capitaine à son médecin, je vais leur faire signaler qu'ils nous envoient leurs malades ici, et nous les ferons mettre à terre à la prochaine occasion. »

Mais, sur l'insistance du « major », qui n'entendait pas se soustraire à son devoir,

La douleur est parfois des plus vives, syncopale même, s'exagère par la contraction du muscle intéressé, surtout dans les ruptures incomplètes. La palpation la réveille toujours. Si la gaîne a été rompue, une ecchymose plus ou moins prononcée apparaît au niveau de la lésion. Que cette gaîne soit rompue ou intacte, la déchirure musculaire s'accompagne toujours d'un épanchement sanguin d'abondance variable, amenant une tuméfaction souvent plus appréciable à la palpation qu'à la vue. Cet épanchement pour le grand droit de l'abdomen est parfois énorme, ainsi qu'en témoignent les observations de Larrey, de Richardson et s'explique facilement par la présence, au milieu de ses fibres, de l'artère épigastrique déchirée en même temps que le muscle. L'épanchement sanguin se produit toujours dans les ruptures musculaires partielles et centrales, il se fait un hématome et souvent son volume, dans les ruptures étendues, gène considérablement l'observateur pour constater la présence des signes pathognomoniques des déchirures musculaires complètes, ou incomplètes étendues, intéressant en même temps la gaîne aponévrotique.

Un des signes pathognomoniques d'une rupture complète est, la présence, au niveau du point déchiré, d'une gouttière plus ou moins large selon le degré d'écartement des deux bouts et devant laquelle la peau se déprime. La palpation, quand la gaîne aponévrotique est intéressée, révèle l'existence de deux bords tranchants formés par la gaîne déchirée. Les deux bouts musculaires, si la rupture se produit en plein corps charnu, ou le supérieur seul, si la rupture a lieu, ce qui est le cas le plus fréquent, au niveau de la portion musculo-tendineuse, forment une tumeur molle, réductible quand le muscle est dans le relâchement, tumeur qui durcit, et *grossit* lorsque le muscle entre en activité.

S'agit-il d'une rupture incomplète superficielle ayant intéressé, en même temps, la gaîne aponévrotique, les signes sont moins accusés. Il n'y a pas de gouttière entre les bouts musculaires, la palpation permet de reconnaître quelquefois, une boutonnière aponévrotique à travers laquelle fait saillie une tumeur molle, réductible aussi quand le muscle est dans le relâchement, qui durcit et grossit également, quand le muscle se contracte.

---

la baleinière fut mise à l'eau, — une toute petite baleinière à quatre avirons où deux personnes au plus pouvaient se tenir assises à l'arrière.

« — Pousse ! Avant partout ! commanda le docteur.

« — Et surtout, mon cher, faites vites et revenez de suite, » lui cria le capitaine. Puis il prit ses jumelles et suivit l'embarcation qui s'éloignait. Une demi-heure plus tard (la distance était assez grande), il la vit accoster le brick.

Des deux malades pour lesquels on avait réclamé des soins, l'un était au cours d'une pneumonie franche, sans complications, facile à reconnaître, simple à traiter. La prescription fut rapidement faite. Le second avait une ascite symptomatique d'une cirrhose du foie. L'abdomen était distendu à éclater ; la dyspnée était intense. L'urgence d'une ponction était telle qu'on ne pouvait songer à la différer, non pas de quelques jours, mais même de quelques heures ; il fallait y procéder séance tenante. Cela prit du temps. Sur l'*Alcyone*, les deux officiers ne voyant point revenir le canot commençaient à s'impatienter. L'équipage, devant les signes d'un ennui, d'une contrariété vive que leurs chefs ne dissimulaient pas, devenait anxieux, lui aussi. Les hommes étaient accoudés aux bastingages, fixant obstinément ce brick tout noir où la baleinière du cotre met-

J'insiste sur ce fait, que les tumeurs formées par les muscles rupturés, grossissent quand le muscle entre en activité, soit sous l'influence de la volonté, soit sous celle des courants induits ; vous savez en effet, d'après ce que je vous ai dit, il n'y a qu'un instant, des hernies musculaires vraies, que la tumeur qu'elles forment peut bien durer, mais diminue toujours de volume quand le muscle se contracte.

Dans les ruptures musculaires partielles, superficielles ou centrales, sans lésions de la gaîne aponévrotique, les signes se réduisent à la douleur, à la présence d'une tumeur plus ou moins considérable due à l'épanchement sanguin dans la gaîne, tumeur d'abord pâteuse et qui, dans les jours suivants, durcit à mesure qu'elle diminue de volume. En un mot, dans les ruptures partielles avec intégrité de la gaîne, l'hématome est le fait essentiel, la rupture passe au second plan.

Avec ces données, peut-être un peu longues, et cependant indispensables, le diagnostic complet me semble facile à poser chez notre malade.

Il n'y a pas d'ecchymose au niveau du point intéressé, la peau est saine, il n'y a pas d'encoche appréciable, rien qui ressemble à une tumeur musculaire ; il n'y a qu'une plaque indurée dont la consistance augmente de jour en jour et qui reproduit la forme de l'extrémité inférieure du muscle grand droit; en un mot, un hématome de ce muscle en voie de transformation. Je formule donc ainsi le diagnostic : Rupture des fibres centrales de l'extrémité inférieure du muscle grand droit du côté droit de l'abdomen, ayant donné lieu à un hématome dont la forme reproduit celle de sa gaîne.

Y a-t-il d'autres causes que le traumatisme qui puisse amener les ruptures musculaires? Oui. Il y a des ruptures pathologiques dues à des altérations de la fibre contractile. On les observe dans les maladies infectieuses, la fièvre typhoïde en particulier; il s'agit là de dégénérescence graisseuse, cireuse, des muscles. Ici, comme dans les cas traumatiques, il se produit un épanchement sanguin abondant qui trop souvent subit la transformation purulente. On a encore incriminé l'ataxie, l'alcoolisme, comme causes prédisposantes aux déchirures musculaires. Notre malade est alcoolique, mais à un très léger degré, et nous ne saurions incriminer

---

tait la tache blanche de son irréprochable peinture. On ne redoutait pourtant ni la nuit — le soleil restait sur l'horizon jusque bien après minuit — ni le mauvais temps, il faisait presque calme et le baromètre ne présageait rien de fâcheux ; et, malgré tout, une préoccupation pesait sur tout le monde ; les minutes paraissaient des heures. Enfin l'embarcation se détacha du navire. Vingt voix crièrent : « Les voilà ! » et le timonier, qui, correct, les pieds joints, le béret à la main, annonça la nouvelle au commandant dans les termes sacramentels : « Commandant, la baleinière revient, » fut récompensé d'un « merci, mon fils, » qui réellement partait du fond du cœur.

Tout d'un coup, rapide comme la foudre, sans qu'on eût pu le prévoir, sans qu'on sût quel vent l'amenait, un banc de brume si dense, si épaisse, si compacte, que de l'arrière du cotre on n'en apercevait plus l'avant, couvrit la mer. Aucun danger ne pouvait être plus redoutable pour cette coquille de noix et ces cinq hommes perdus dans ce vide, sans repère, sans boussole, sans vivres, en plein Océan. Ce fut une consternation. On attendit, on écouta, on scruta l'opacité grise ; rien, aucune voix, aucun clapotis rythmé d'avirons ne frappèrent les oreilles avidement tendues. On lança des fusées : elles ne brillaient même pas dans ce brouillard « à couper au couteau », comme

cette diathèse comme cause adjuvante de sa rupture musculaire. C'est, en somme, un individu vigoureux, bien musclé auquel nous avons affaire, une contraction excessive et brusque du grand droit abdominal est la seule cause de l'affection qu'il porte.

Quel sera notre pronostic? Absolument favorable. C'est un fait connu, que les ruptures partielles guérissent vite et bien, chez les individus sains. Chez les débilités, les infectés, l'hématome auquel elles donnent lieu peut suppurer, c'est une complication que nous n'avons pas à redouter, à cause du bon état de notre malade. L'épanchement sanguin a fortement diminué de volume, depuis quelques jours, en même temps qu'il prenait une consistance plus ferme. Il laissera peut-être, comme trace de son existence, un noyau induré qui ne se résorbera que lentement et pourra, pendant quelque temps, être la cause d'une certaine gêne fonctionnelle. Retenez bien ce petit point, et, rappelez-vous que toutes les fois que vous rencontrerez dans l'épaisseur d'un muscle une ou plusieurs petites tumeurs, d'une dureté ligneuse, vous devrez rechercher un traumatisme antérieur que vous retrouverez presque toujours et qui vous mettra sur la voie du diagnostic.

Le malade dont je viens de vous entretenir, Messieurs, va beaucoup mieux depuis qu'il est entré dans nos salles. Le traitement a cependant été des plus simples. Il a consisté essentiellement dans le repos absolu au lit avec relâchement du muscle, par la flexion des cuisses sur le bassin, obtenue à l'aide d'un gros coussin placé sous les genoux. Si nous avions vu le malade, immédiatement après l'accident, nous aurions fait de même et appliqué au niveau de la rupture un topique quelconque, calmant au besoin la douleur, par une potion narcotique ou une injection de morphine. Mais quand nous avons reçu le malade, dans notre service, les symptômes douloureux avaient passé au second plan, aussi ne devions-nous nous préoccuper que de deux points : nous mettre dans les meilleures conditions possibles pour favoriser la cicatrisation d'abord, la résorption de l'épanchement ensuite.

Pour le premier, notre but a été atteint par le repos au lit et le relâchement du muscle, pour le second, il l'a été par ces mêmes moyens, et aussi

---

disent les marins. On fit apporter des gargousses pour charger les deux petits pierriers et tirer des coups de canon. . . . .

Cependant, la baleinière allait toujours. Le docteur, à la barre, n'avait qu'un seul guide et combien incertain! Il avait remarqué que sa route pour aller au brick avait été à peu près perpendiculaire à la houle. Il fit donc tous ses efforts pour se maintenir au retour dans la même direction. Mais quand il eut dépassé de plusieurs minutes le temps employé à faire la première traversée, il revint sur ses pas, inclinant très légèrement du côté où il supposait que devait être son navire. Puis, il rebroussa chemin de nouveau, décrivant une série de zig-zags, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, finissant par perdre toute idée de sa position et jusqu'au sens de l'orientation. Les hommes aussi faiblissaient. Bien qu'on n'eût aucune notion exacte du temps qui s'écoulait, la fatigue de leurs muscles indiquait que leurs efforts se prolongeaient depuis longtemps déjà. Parfois, ils nageaient plus mollement ou se reposaient quelques instants, puis, l'énergie que donne le désespoir les remontait et de nouveau ils ramaient de toutes leurs forces. Soudain, voici qu'un d'eux :

— « Major! un beaupré, là, au-dessus de nous! »

par une compression, faite à l'aide d'une épaisse couche de ouate, appliquée sur la paroi abdominale antérieure et maintenue par une large ceinture de flanelle, assez fortement serrée. Je n'ai pas songé un moment au massage que je crois dangereux dans les ruptures musculaires, où qu'elles siègent. Il y a, au niveau du foyer hémorrhagique, des veines thrombosées, dont les caillots pourraient se détacher facilement, sous la pression des mains de l'opérateur, et donner lieu à des embolies, dont le pronostic est toujours très grave.

Notre malade nous quittera dans quelques jours et nous lui conseillerons avant son départ, de porter, pendant quelque temps, une large ceinture de flanelle qui maintiendra son muscle et lui évitera dans, la mesure du possible, une seconde rupture, toujours à craindre pour un muscle atteint une première fois.

Le traitement des ruptures musculaires complètes consiste avant tout, comme celui des ruptures musculaires partielles, dans le repos; mais il est plus compliqué, demande plus de soins pour que la fonction se rétablisse; il faut chercher à remédier à l'atrophie fréquente du muscle par les courants continus descendants d'abord, puis par la faradisation au moment où la cicatrice est solide, c'est-à-dire au bout de deux mois environ, par les douches enfin, qui complètent heureusement un traitement qui mériterait d'être longuement exposé; je regrette que le temps ne me permette pas de l'étudier aujourd'hui avec vous.

Des moyens de rendre inoffensive l'analgésie cocaïnique.

Sous ce titre, M. Gauthier (de Charolles) nous donne, dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* du 13 septembre, un intéressant article dans lequel il passe en revue les différents moyens employés pour supprimer l'action nocive de la cocaïne tout en conservant son action analgésique.

On sait, en effet que, pour certains chirurgiens, l'action de la cocaïne devient dangereuse quand on dépasse en injections la dose de 5 centigrammes. M. Gauthier a même

---

— « Sciez partout! »

Et la baleinière s'arrêtait au bout de quelques secondes. Elle venait de passer sous le beaupré du cotre, mais avait dépassé, dans son élan, le point où ce mât avait été visible. Il allait falloir encore revenir sur ses pas.

Cependant du bord, cette fois, on avait entendu le cri et les coups scandés des avirons.

— « Ho! du canot!.... »

— « *Alcyone*; à bord; officier! »

C'était fini, on s'était retrouvé. Cinq minutes plus tard la baleinière était hissée, les canotiers et le docteur se retrouvaient sur le pont sans savoir comment ils y étaient montés. Il leur restait seulement la sensation d'avoir été empoignés, saisis, enlevés par vingt bras, étreints sur vingt poitrines, et d'avoir senti, dans ces étreintes, que plusieurs joues étaient humides... Ils avaient erré à l'aventure durant quatre longues heures.

Je tairai, craignant de le désobliger, le nom du vénéré confrère qui fut le héros de cette aventure. Ses deux compagnons de croisière s'appelaient Pothuau et Martineau des Chesnez. La marine n'a pas oublié ces deux hommes, qui l'ont également illustrée.

vu des accidents se produire après l'administration de 2 à 3 centigrammes de cette substance.

Il faut donc trouver le moyen de conserver l'action locale qui anesthésie les ramifications nerveuses et de supprimer l'action générale qui suit l'absorption du médicament

Voici les différents procédés qui ont été expérimentés :

Robson et Coming ayant indiqué que la bande d'Esmarch était un moyen de prolonger l'effet de la cocaïne en empêchant la substance injectée d'être entraînée par la circulation, Kummer (1) recommanda ce subterfuge pour rendre l'injection non seulement plus efficace mais moins dangereuse.

Ce procédé ne pouvant être utilisé que pour certaines régions, le docteur J. Coming (de New-York) a eu recours à un autre moyen, très ingénieux, visant au même but, mais qui a le défaut d'être assez compliqué. On injecte sous la peau d'abord une solution de cocaïne à 2 ou 3 p. 100 ; puis, après avoir retiré la seringue, mais en laissant l'aiguille en place, on adapte à cette aiguille une autre seringue remplie de beurre de cacao liquéfié par la chaleur, et on injecte ce liquide ; enfin on soumet la région aux pulvérisations d'éther. Le refroidissement produit par ces pulvérisations amène la solidification du beurre de cacao injecté. La circulation dans les capillaires de la peau se trouvant suspendue par suite de cette solidification, la solution de cocaïne n'est pas absorbée, et continue à agir sur la terminaison des nerfs. Dès qu'on cesse les pulvérisations, le beurre de cacao se liquéfiant par la chaleur du corps, est absorbé.

Marchandé prétend qu'en prenant l'oléo-naphtine stérilisée comme véhicule on rend l'absorption plus lente et les accidents consécutifs moins redoutables.

J. Glück ajoute quelques gouttes d'acide phénique pur liquide à une solution cocaïnique forte (15 p. 100) qu'il emploie en badigeonnages sur les muqueuses, et croit que l'acide phénique empêche l'absorption de la cocaïne en produisant la formation d'une mince escharre sur la muqueuse. Ce moyen est inapplicable aux injections intradermiques.

M. Gauthier a eu recours à un tout autre moyen, il cherche à annihiler l'action générale de la cocaïne en y ajoutant une substance dont les effets physiologiques sont tout à fait contraires.

La trinitrine paraît répondre à cette indication. A l'encontre de la cocaïne, c'est le médicament vaso-dilatateur par excellence, agissant contre les symptômes d'ischémie cérébrale et cardiaque et produisant son effet, comme la cocaïne, quelques minutes après l'injection. Avec une injection de 2 ou 3 gouttes de la solution alcoolique de trinitrine au 100e, on voit au bout de 1 ou 2 minutes la peau devenir chaude, le visage rougir, se congestionner, les yeux s'injecter, les oreilles bourdonner et se produire une céphalalgie assez prononcée pour que le sujet croie que « son crâne se dilate et est prêt à éclater ».

Il a donc associé la trinitrine aux injections de cocaïne, et fait usage de la solution suivante :

Eau.	10 grammes
Chlorhydrate de cocaïne.	0.20 centigr.
Solution alcoolique de trinitrine au 100e.	X gouttes.

Chaque seringue de Pravaz contient ainsi 2 centigrammes de cocaïne et une goutte de solution trinitrinée.

Depuis deux années qu'il emploie ce moyen, il n'a pas observé les petits accidents dont il était témoin auparavant avec pareille dose de cocaïne seule.

(1) Kummer. *Bulletin médical de la suisse romande*, n° 5.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 octobre 1893. — Présidence de M. Périer.

Plaie de la main ; suture tendineuse.

M. Chauvel lit un rapport sur une observation de M. Charpin (de Batna), relative à un cas de suture tendineuse dans une plaie de la main par éclat de verre. Il y avait à la fois section de l'artère radiale et des tendons du grand palmaire, du long extenseur, du court extenseur et du long abducteur du pouce. L'artère fut liée et les tendons suturés en bloc. Le résultat fonctionnel fut imparfait, et M. Chauvel pense qu'il aurait été meilleur si l'on avait suturé séparément chaque tendon.

M. Berger exprime la même opinion et donne quelques détails sur la façon dont il pratique les sutures de tendons, dans les cas de ce genre ; il cite à ce propos l'observation d'un domestique qui s'était fait une plaie de la main par éclat de verre avec sections tendineuses La suture de chacun des tendons bout à bout, au moyen de deux à trois points de soie, disposés longitudinalement, a été suivie d'un résultat fonctionnel parfait. M. Berger se sert pour ces sutures de tendons de soie extrêmement fine et rejette l'emploi du catgut, sur la solidité duquel il ne faut pas compter après quarante-huit heures. Il recommande, avant de suturer l'extrémité inférieure du tendon et son extrémité supérieure, de fatiguer en quelque sorte le muscle en exerçant une traction prolongée sur le bout supérieur, de façon à empêcher la rétraction du muscle de détruire les sutures aussitôt qu'on vient de les pratiquer.

M. Reclus a suturé récemment un tendon d'Achille, chez un vélocipédiste, trois mois après la rupture ; il a fait l'avivement des deux extrémités du tendon et les a réunies au moyen de fils de soie ; la guérison a été complète.

Appendicite à rechute

M. Chauvel analyse ensuite une deuxième observation du même auteur sur un cas d'appendicite à rechute. Lorsque M. Charpin vit pour la première fois le malade, au mois de mai 1893, celui-ci en était à sa quatrième rechute et il existait au niveau de sa fosse iliaque droite, trois trajets fistuleux correspondant à l'ouverture successive de trois abcès, à la suite des crises précédentes ; la région était le siège d'un empâtement diffus, et le malade avait de la fièvre avec un état général assez mauvais.

M. Charpin fit, au-dessus de l'arcade crurale du côté droit, une première incision, suivie d'une seconde perpendiculaire à la première, et dirigée vers la ligne blanche, sans pouvoir rencontrer de poche purulente. Huit jours plus tard, l'ouverture d'une collection, constatée au niveau de la fosse iliaque droite, permit enfin d'évacuer une vaste cavité remontant assez haut dans la direction du diaphragne.

Cette incision donna lieu à un écoulement de pus très abondant, et fit croire à une guérison complète.

Au sujet de cette observation, M. Chauvel se demande si l'on n'expose pas les malades à une éventration ultérieure, en pratiquant ces grandes incisions au niveau de la fosse iliaque, et M. Berger fait remarquer qu'il a en effet observé un grand nombre de cas de laparocèles consécutifs à l'ouverture d'abcès de la fosse iliaque ; on peut, à son avis, éviter l'éventration, lorsqu'on a soin de suturer partiellement l'ouverture, après nettoyage de la poche en la rétrécissant juste assez pour assurer le drainage.

Après communication d'une troisième observation de M. Charpin, sur un fait de calcul vésical développé autour d'un crayon chez une jeune fille de 18 ans, et enlevé par la taille hypogastrique, la séance, dont l'ordre du jour est épuisé, se termine par la lecture d'une observation de M. Tachard (de Montauban), sur un cas de résection pour fracture bimalléolaire avec luxation en dehors.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DE MÉDECINE. — Tome V. — Paris, G. MASSON, 1893.

Le tome V du traité de médecine renferme les maladies du cœur, par M. A. Petit; les maladies des vaisseaux sanguins et le rhumatisme articulaire aigu, par M. W. Œttinger; les maladies des reins et des capsules surrénales, par M. A. Brault.

Nous ne pouvons naturellement pas analyser en détail les travaux de ces différents auteurs et nous insisterons seulement sur certains points qui ont spécialement attiré notre attention.

Dans son étude sur la myocardite chronique, M. Petit expose clairement les théories des divers auteurs. A notre avis, il accorde encore trop de place à la théorie inflammatoire. Après celles de H. Martin, de Ziegler, etc., les recherches d'Huchard et Wieber ont mis hors de doute la grande prépondérance de la sclérose dystrophique, la sclérose péri-artérielle inflammatoire, qui est du reste loin d'être niée par ces auteurs, devant absolument être mise au second plan. M. Petit a voulu garder un certain éclectisme et on nous permettra de dire que c'est un peu, d'une façon générale, le défaut des ouvrages écrits par des jeunes que des raisons d'ordre varié contraignent à un respect souvent exagéré pour les idées des maîtres.

La discussion sur la pathogénie de l'angine de poitrine est à lire en son entier; le lecteur en tirera cette conclusion non formulée par l'auteur, à savoir : que l'angine de poitrine est presque toujours, sinon toujours, d'origine ischémique.

M. Œttinger a traité d'une manière toute moderne le chapitre des phlébites infectieuses, l'inopexie de notre jeunesse n'existe plus et le microbe est tout. C'est à peine si on accorde que les altérations du sang ont un rôle adjuvant dans la phlegmatia de la chlorose. Cependant, nous ferons, à la théorie microbienne, une timide objection; la phlébite infectieuse n'étant pas rare dans les cachexies, comment se fait-il que l'artérite et l'endocardite y soient absolument exceptionnelles? Pourquoi cette localisation de l'agent infectueux dans les veines et jamais dans le cœur droit, par exemple? Pourquoi, à notre connaissance du moins, n'y a-t-il pas d'endocardite infectieuse dans le cancer ou la phlegmatia est si commune!... Gardons-nous d'insister davantage, de peur de nous faire traiter de réactionnaire, et inclinons-nous — pour le moment — devant les caprices incompris de Sa Majesté le microbe. Ces quelques observations n'empêchent pas les pages écrites par Monsieur Œttinger de porter l'empreinte d'un vrai talent clinique; sa monographie du rhumatisme articulaire deviendra classique.

Tous les cliniciens liront avec grand plaisir et grand profit les pages que M. Brault a consacrées à la pathologie du rein. C'est là un sujet que l'auteur possède à fond et qu'il a su présenter de la façon la plus claire. Il a même accordé une grande place à la thérapeutique, ce qui tendrait à faire supposer qu'il y a quelquefois un traitement actif à opposer aux maladies. On aurait pu en douter en lisant quelques-uns des travaux parus dans le *Traité de médecine*. Cependant, s'il est bien de discuter sur la cause des maladies, il est encore mieux de les guérir.

COURRIER

LEGS FÉRÉOL. — Par décret, en date du 17 avril 1893, rendu sur le rapport du président du Conseil, ministre de l'intérieur,

La Commission générale de l'Association générale des médecins de la Seine, reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 16 mars 1851, est autorisée à accepter, au nom de cette Association, le legs d'une somme de 500 francs qui lui a été fait par M. Louis-Félix-Henri Second, dit Féréol, suivant son testament olographe du 9 octobre 1890.

Conformément à l'article 19 des statuts, le produit de cette libéralité sera placé en rentes sur l'Etat au nom de l'Association.

Le trésorier de la Société médicale des hôpitaux de Paris, reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 12 décembre 1888, est autorisé à accepter, au nom de cette association, le legs d'une somme de 500 francs qui lui a été fait par M. Féréol.

Le produit de cette libéralité sera placé en titres ou valeurs nominatifs, conformément à l'article 10 des statuts.

L'Association générale des médecins de France à Paris, approuvée par arrêté ministériel du 31 août 1858, est autorisée à accepter, au nom de cette association, le legs de la somme de 500 francs qui lui a été fait par M. Féréol.

Le produit de ce legs sera versé à la Caisse des dépôts et consignations, pour y être inscrit au crédit des fonds de ladite Société.

Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de ladite Académie, aux conditions imposées, la libéralité consentie par M. Féréol, et consistant en une somme de 1000 francs, qui sera jointe au legs Demarquay.

QUINZE FOIS DES JUMEAUX. — Une femme en Angleterre a eu *quinze fois des jumeaux*. Le nombre de ses enfants s'élève à 33; de ce nombre 24 sont morts avant six mois. (*The Lancet*, 22 juillet.)

CONCOURS POUR UNE PLACE DE MÉDECIN DANS LES HOPITAUX DE LYON. — Par erreur ce concours a été annoncé pour le 21 mars 1894. La date réelle de son ouverture est le 12 mars, une semaine plus tôt.

BUSTE DU DOCTEUR FABRE. — On lit dans le *Marseille médical* :

« Plusieurs anciens collègues, confrères et élèves du regretté docteur Fabre, avaient depuis longtemps concu le projet d'élever un buste qui perpétuât le souvenir de ce savant, tout à la fois grand médecin et homme de bien. Cette pieuse pensée vient de recevoir un commencement d'exécution. Nous sommes heureux d'apprendre qu'un groupe de ces honorables confrères a pris l'initiative de cette œuvre d'équité, à laquelle s'associeront certainement tous les membres du corps médical de notre ville, que Fabre a illustré par son savoir et ses hautes qualités professionnelles, et ses anciens amis et clients, parmi lesquels vit toujours le souvenir de son dévouement et de sa charité inépuisable.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. J. Rochard : Hygiène : Le suicide. — II. Revue de la presse étrangère (chirurgie). — III. Des variations composées du chiffre de l'urée et de l'urine à l'état physiologique et pathologique. — IV. De l'examen des urines dans les assurances sur la vie. — V. Courrier.

HYGIÈNE

—

Le suicide

Il règne depuis quelque temps en Angleterre une véritable épidémie de suicide. Les journaux en publient chaque jour de longues listes et attribuent cette augmentation des morts volontaires à l'action des Sociétés d'*Euthanasie* qui se sont, paraît-il, récemment fondées à Londres.

Je ne ferai pas à des médecins l'injure de leur apprendre que cette dénomination, euphonique et d'une étymologie irréprochable, est synonyme de bonne mort. Ce n'est pourtant pas au culte de la bonne mort, dans le sens religieux du mot, que s'adonnent les *Euthanasistes*. Ce n'est même pas à la recherche d'une mort agréable qu'ils se livrent, car la découverte en est faite depuis longtemps. Le chloroforme remplit parfaitement le but. Les raffinés peuvent même, s'ils le désirent, savourer d'abord la délicieuse ivresse de l'éther, puis en finir avec quelques bonnes bouffées de chloroforme. En réalité, ce que recherchent les membres de ces lugubres associations, c'est la bizarrerie, c'est l'excentricité dans le genre de mort.

Ils ont pour précurseur cet Anglais fortement original qui se suicida, il y a quelque vingt ans, à Castellamare. Il avait eu l'idée neuve de se guillotiner lui-même et il avait construit, à cet effet, dans la maison qu'il occupait et dont personne ne franchissait jamais l'entrée, une petite machine sur le modèle de celle qui fonctionne place de la Roquette.

Il lui avait fallu, pour l'établir et la faire fonctionner à sa guise, bien des tâtonnements et de nombreuses expériences sur des animaux de différentes espèces. Ce n'est pas que le fait de se trancher à soi-même la tête présentât de grandes difficultés matérielles, mais ce sybarite avait voulu mettre du raffinement dans l'exécution. Il avait tenu à ce que sa tête, en tombant, allât se poser d'elle-même sur un coussin élégant qu'il avait disposé pour la recevoir. Ce n'était pas chose facile. Toutefois, après bien des essais et le sacrifice de plusieurs moutons, il atteignit son but et l'opération réussit au delà de ses espérances. Malgré l'originalité de l'idée et le fini de l'exécution, cet Anglais n'a pas fait école ; il n'a pas trouvé d'imitateurs, mais les *Euthanasistes* marchent dans une voie analogue.

Le spleen est, on le sait, une maladie d'origine anglaise et cela se comprend. Il suffit de traverser Londres pour en éprouver les prodromes. Ce ciel bas et sombre, cette atmosphère faite d'humidité et de fumée, ces rues tristes, boueuses, noires, sans élégance, cette population affairée qui se presse comme si elle était poussée devant elle par la fatalité, tout cela est lugubre et donne le désir de s'en éloigner ou de sortir de la vie. C'est de là que vient sans doute la passion pour le suicide que la légende prête aux Anglais, car ce n'est qu'une légende. L'Angleterre est un des pays de

l'Europe où on se tue le moins. Elle n'occupe que le douzième rang sur la liste établie par les dernières statistiques.

Les Sociétés d'*Euthanasie* l'élèveront peut-être un peu sur les degrés de cette échelle ; mais, en attendant, la légende est dans son tort.

L'étiologie du suicide est le problème le plus délicat que l'hygiène puisse se poser. Il n'est généralement envisagé que sous une de ces faces. Pour les ethnologistes, c'est une affaire de race, ou une question de climat ; les moralistes s'en prennent à l'affaiblissement du sentiment religieux ; les hygiénistes accusent l'alcool, et tous ont en partie raison. La difficulté commence lorsqu'on veut faire à chacun de ces éléments la part exacte qui lui revient.

L'influence du climat est incontestable ; il n'y a même pas besoin de la statistique pour la prouver. Je parlais tout à l'heure de la morne tristesse qu'on ressent dans les rues de Londres ; on pourrait en dire autant de la plupart des pays du Nord. On s'y attache cependant ; ces régions mélancoliques ont leur charme ; mais il n'est pas sans danger. Il conduit l'esprit sur une pente glissante ; il le transporte dans le pays du rêve, le détache des choses de la terre et l'amène insensiblement au désir de la quitter, lorsque les chagrins viennent joindre leur note aiguë à ces habitudes de désespérance.

Quand on descend vers le Midi, les impressions deviennent tout autres. Une sorte de bien-être, de joie de vivre, s'éveille en nous avec la douce chaleur de ces pays aimés du ciel. Dans cette atmosphère lumineuse, au milieu de ces villes riantes où les rayons du soleil filtrant à travers le feuillage viennent dessiner leurs arabesques sur le sable des allées, en face de cette mer d'un bleu si doux, on se sent heureux, en dépit des préoccupations et des chagrins qui vous assiègent, on se prend à partager malgré soi l'entrain, la gaieté de ces populations qui semblent toujours en joie. L'Italie et l'Espagne sont les pays de l'Europe qui comptent le moins de suicides.

L'influence de la race est tout aussi marquée. Ce sont les Allemands qui se suicident le plus. En Saxe, on compte 325 suicides annuels pour un million d'habitants, 198 dans le grand-duché de Bade, 180 dans le Wurtemberg, 154 en Prusse, 99 en Bavière. La Suisse vient ensuite avec 230 suicides pour un million d'habitants, et ses cantons allemands en présentent beaucoup plus que les autres. La même observation s'applique à l'Autriche : on y enregistre 149 suicides annuels sur un million ; mais celles de ses provinces qui sont allemandes entrent dans ce total pour un chiffre beaucoup plus élevé que celles qui sont d'origine slave ou italienne. La France marche sur le même rang que l'Autriche avec 149 suicides ; la Suède en compte 80, la Belgique 78, la Norvège 74 et l'Angleterre 69. La Hongrie et les Pays-Bas marchent immédiatement après, la première avec le chiffre 56, les seconds avec 44 ; enfin, au dernier rang viennent l'Italie, qui ne compte que 39 suicides annuels sur un million d'habitants, l'Espagne et la Russie qui n'en ont que 30, et au bas de l'échelle on trouve l'Irlande, qui n'en présente que 17.

Les croyances religieuses doivent également entrer en ligne de compte. Le suicide a toujours été en faveur dans les sociétés matérialistes, et cela se comprend. Quand on est convaincu que tout finit avec l'existence, qu'il n'y a rien au delà de ce monde, il est aussi naturel d'en sortir que de s'en

aller d'un théâtre quand on est gêné par la chaleur ou que le spectacle vous ennuie. D'un autre côté, la statistique prouve que le suicide est beaucoup plus fréquent dans les pays protestants que chez les peuples catholiques.

D'après Legoyt, on compte 103 suicides par an sur 1 million de protestants, 62 sur un même nombre de catholiques, 36 chez les orthodoxes grecs, 48 parmi les israélites. On peut opposer la fréquence du suicide chez les protestants d'Allemagne à sa rareté chez les catholiques d'Italie et d'Espagne ; mais cette opposition est plus frappante encore dans le Royaume-Uni. L'Angleterre est le pays le plus riche de l'Europe ; c'est celui dont la population augmente le plus rapidement ; les mœurs y sont relativement austères, le puritanisme y est ardent, et pourtant on y compte quatre fois plus de suicides qu'en Irlande, ce pauvre et malheureux pays qui meurt de faim, émigre en masse et va se dépeuplant.

Pour les peuples, comme pour les individus, ce n'est pas toujours la souffrance qui mène au dégoût de la vie. Ce ne sont pas les heureux de la terre qui craignent le plus de la quitter, ce sont les déshérités de l'existence, ceux auxquels elle a fait banqueroute et qui s'obstinent à poursuivre, avec l'espoir de le voir sortir enfin, le numéro qu'ils ont pris en naissant à la loterie du bonheur.

Arrivons à l'alcoolisme. Il peut seul donner l'explication de l'accroissement rapide du suicide en Europe. La race et le climat n'ont pas changé, l'élément moral n'a pas varié d'une manière bien sensible, le bien-être s'est accru partout et le suicide augmente dans tous les pays de la terre, excepté en Norvège. Il a triplé de fréquence chez nous depuis soixante ans ; il a doublé dans les pays allemands et, si la Norvège fait exception, c'est depuis qu'une sage législation y a fait diminuer la consommation de l'alcool (1).

Alcoolisme, folie, suicide, sont trois fléaux qui marchent de pair dans les sociétés modernes, qui les dégradent et entravent leur développement. Ils trouvent le terrain préparé à l'avance par cette débilité morale et physique, par ce nervosisme qui sont les conséquences d'une civilisation très avancée.

Le bien-être qui s'est introduit dans toutes les classes de la société en a banni les grandes souffrances. Les famines ont disparu, les épidémies se sont atténuées, la guerre elle-même a perdu de ses horreurs ; la médecine a trouvé, de son côté, toute une série de moyens de combattre la douleur, de telle sorte que les populations deviennent chaque jour plus inhabiles à la supporter. Nous n'avons ni le stoïcisme ni la force de résistance de nos pères, et cette impuissance à souffrir a passé du domaine physique dans l'ordre moral. Nous ne savons plus endurer ni les inquiétudes ni les chagrins. Ils prennent dans notre pensée des proportions effrayantes, et, pour les esprits faibles, ils transforment en torture des infortunes et des soucis vulgaires. L'exagération que mettent dans leurs plaintes ces malheureux trop impressionnables accroît encore leur sensibilité maladive ; ils deviennent les échos de leurs propres sons et finissent par se persuader qu'ils ont épuisé la coupe de toutes les douleurs, et que la vie n'est plus pour eux possible. Alors la

(1) J. Bertillon. Chapitre Démographie de *l'Encyclopédie d'Hygiène*, t. I, p. 300.

pensée du suicide germe dans leur esprit, elle s'y enracine et n'attend plus qu'une occasion pour se réaliser.

Il est bien difficile de remonter un pareil courant de sentiments et d'idées, de réagir contre cette pusillanimité croissante qui affaiblit les ressorts de la famille et porte atteinte à sa vitalité, contre la faiblesse de caractère qui ne permet plus de tenir tête ni aux événements ni aux hommes, qui se traduit par des défaillances continuelles dans la vie publique comme dans la vie privée et qui finira par énerver les nations elles-mêmes. On peut pourtant combattre cette débilité en l'attaquant dans sa source; on doit s'efforcer de donner aux générations de l'avenir une éducation plus virile; il faut apprendre aux enfants à supporter la douleur, à braver le danger, à s'endurcir aux privations comme à la fatigue et à ne pas attacher au confortable plus d'importance qu'il n'en mérite; il faut les habituer à vivre pour les autres; enfin, et c'est plus urgent encore, il faut enlever au suicide la plus active et la plus honteuse de ses causes, en faisant à l'alcoolisme une guerre sans relâche. C'est le devoir de l'hygiène de poursuivre cette campagne jusqu'à ce que les pouvoirs publics se soient décidés à en prendre la direction.

Jules Rochard.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

CHIRURGIE

De la mortalité dans l'extirpation du cancer du sein. — C'est une question bien souvent traitée et cependant toujours intéressante, et malgré ce que peuvent présenter d'ardu des statistiques accumulées, nous allons donner un extrait du travail de M. Roger Williams, paru dans *The Lancet* du 23 septembre.

Ce qu'il étudie, bien entendu, ce sont les résultats comparatifs des ablations de la mamelle avant et après la méthode Listerienne et il commence par citer les vieux chiffres qu'il est toujours bon de se remettre en mémoire et qui sont les suivants : Velpeau, dans son traité des maladies du sein, antérieur à 1854, comptait sur 167 opérées à l'hôpital, 32 décès, soit une mortalité de 19 p. 100. Billroth, dans la *Deutsche chirurgie*, établit une statistique jusqu'en 1877. Elle porte sur 305 opérations avec une mortalité de 15,7 p. 100, et sur ce total, 472 interventions furent pratiquées sans antisepsie et donnèrent 17 décès p. 100.

Si on en arrive à la période Listerienne, on voit les résultats opératoires s'améliorer considérablement. En prenant la pratique de Lister lui-même, on trouve que ce chirurgien enleva de 1871 à 1880, 53 seins cancéreux et dans la majorité des cas eut recours au curage de l'aisselle. Il ne perdit que 4 malades, soit une moyenne de 7,5 p. 100. Volkmann, de 1874 à 1877, fit 110 ablations de mamelles, nettoya l'aisselle 75 fois, n'eut que 6 décès, soit une mortalité de 5,4 p. 100.

Billroth, de 1877 à 1879 arrive au chiffre de 5,8 p. 100, et cela sur un total de 68 interventions antiseptiques du même genre. Et cependant, si on recherche les causes de la mortalité, on voit qu'elle est due 4 fois à la septicémie, 3 fois à l'érysipèle, 4 fois à l'hémorrhagie. On peut donc encore mieux faire et c'est ce qui faisait dire à ce même Billroth, qu'il ne serait pas surpris de voir un parfait opérateur enlever 100 seins sans un seul décès.

M. Roger Williams arrive ensuite à une partie plus originale et plus intéressante po ur nous de son travail, c'est celle où il cherche à établir la supériorité des résultats dus à l'observance stricté des principes de Lister et cela en s'appuyant sur les statistiques des différents hôpitaux de Londres. A Middlesex Hospital, durant les années 1882-1889, on a pratiqué 100 fois l'extirpation du sein pour cancer primitif avec 10 décès. A Saint-Bartolomeus Hospital, de 1886 à 1890, l'opération détermina 15 morts sur 157 cas, soit une léthalité de 9,5 p. 100. A University Collège Hôspital, de 1884 à 1894, on arrive absolument au même chiffre. A l'hôpital de Saint-Thomas, de 1886 à 1890, 12 opérées moururent sur 138, soit encore 8,7 p. 100.

En totalisant tous ces chiffres, on arrive à une moyenne générale de 9,4 p. 100, sur 489 extirpations mammaires. Comme on le voit, ces résultats ne sont pas brillants, et M. Roger Williams les attribue à ce qu'on s'est départi pendant ces années, de la stricte méthode de Lister, pour employer ou innover toute espèce de forme de précautions ou pansements antiseptiques.

Quant à ce qui est du curage de l'aisselle, on sait que certains chirurgiens ne l'adoptent pas d'une façon méthodique, à cause de la plus grande mortalité qu'il détermine. Il est certain, toutes choses égales d'ailleurs, que curer l'aisselle aggrave l'intervention ; mais aujourd'hui on peut dire que c'est dans de si minimes proportions, qu'il ne faut pas s'arrêter à cette considération devant celle beaucoup plus importante de la récidive. Au sein comme ailleurs, il faut enlever le cancer le plus largement possible et aller à la recherche de tous les territoires qui ont pu être envahis au moment de l'opération.

Traitement du spina bifida par l'excision. — Mayo Robson dans *The Lancet* du 22 septembre, revient encore sur le traitement du spina bifida par l'excision et insiste sur les points qui l'ont frappé dans une série d'opérations et qui sont les suivants : d'abord la nécessité de fermer les méninges en accolant les deux surfaces séreuses comme dans la chirurgie péritonéale et de bien séparer les différents plans de suture ; ensuite l'importance capitale d'une bonne antisepsie, et enfin le succès obtenu par cette opération plastique dans des cas où aucun autre moyen n'aurait pu réussir.

Partant de là, il propose de classer le spina bifida de la façon suivante : 1° ceux où l'opération ne doit pas être faite : 2° ceux où l'opération n'est pas à proposer ; 3° enfin ceux où on doit faire une intervention sanglante.

Dans la première classe, ce qui empêche tout acte opératoire : c'est d'abord l'étendue de la difformité et la fissure qui peut occuper une portion considérable de la colonne vertébrale. Ce sont aussi les cas où la paraplégie est complète ; enfin, il y a des malades dont la tumeur n'est pas recouverte de peau dans des proportions suffisantes pour permettre une antoplastie convenable.

La seconde classe comprend les cas où le sac est petit et les tissus qui le recouvrent fermes, solides et suffisants pour protéger l'axe spinal. Enfin les indications de l'opération sont nombreuses : c'est d'abord le petit volume du sac dont le pédicule peut être ligaturé circulairement, ce qui rend l'excision facile. C'est ensuite la qualité des tissus et les orifices de communication plus ou moins grands, entre la poche et l'axe spinal. C'est enfin la présence dans le sac de la terminaison de la moelle ou des cordons nerveux qui en partent, et ici il faut avouer que le diagnostic est impossible et que la seule dissection peut vous renseigner.

M. Mayo Robson, comme beaucoup de chirurgiens, s'est trouvé dans la nécessité d'exciser quelques bandes nerveuses incluses dans les parois du sac, au lieu de les séparer avec soin de leurs attaches aux méninges, afin de les replacer dans le canal vertébral. Si cela ne peut être fait, il conseille de ponctionner le sac et une fois vidé de le réduire dans le canal osseux.

L'article se termine par l'exposé d'une opération dans laquelle une tumeur d'un gros volume fut enlevée au bistouri par ce chirurgien et cela avec un succès complet.

Extraction par la laparotomie du plus gros calcul qui ait été enlevé avec succès d'une vessie humaine. — C'est en Egypte, nous dit M. Herbert dans *The Lancet* du 16 septembre 1893, qu'on rencontre les plus grosses pierres ; mais celle qu'il a enlevée dépasse de beaucoup le poids de tous les calculs dont l'ablation n'a pas entraîné la mort. Dans l'encyclopédie internationale de chirurgie, Ashurst cite une pierre de 40 onces enlevée par Uytterrhoeven, une autre de 31 onces opérée par Deguise et aussi une de 32 onces extirpée par Desprès ; mais toutes ces interventio s se sont terminées par la mort. Si on recherche les guérisons, on voit que le plus gros calcul taillé avec succès, pesait 20 onces et dut être fragmenté par Dunlap, de Springfield. Celui qu'a enlevé le docteur Herbert pesait 34 onces c'est-à-dire 995 grammes. Son malade guérit ; mais un second calcul se reforma et il mourut un mois et demi après l'intervention première, après s'être levé et promené dans le jardin de l'hôpital.

Voici les particularités qu'a présentées cette opération. La cystotomie ne fut pas extra-péritonéale ; la place aurait manqué ; mais on décida qu'on ouvrirait la séreuse en se mettant par tous les moyens possibles à l'abri des chances de son infection. Il s'agissait d'un Égyptien de 60 ans qui, de son propre aveu, souffrait depuis plus de quatre ans.

Un incision fut pratiquée du pubis à l'ombilic et la vessie fut d'abord découverte dans sa portion extra-péritonéale. Elle fut ouverte et on s'assura que la masse n'était pas composée de plusieurs calculs. Ceci fait, le péritoine fut décollé sur la vessie, puis incisé après décollement, en prenant bien soin de le protéger contre une inoculation très facilement possible. Quand on eut dépassé de deux doigts les limites du réservoir urinaire, on s'arrêta, on tamponna le grand lac péritonéal avec de la gaze et on se mit en devoir d'enlever la pierre.

M. Herbert eut là d'assez grandes difficultés, il finit cependant par des pressions latérales et postérieures pratiquées par le rectum à déloger le calcul. La vessie fut lavée avec une solution boriquée et le péritoine fermé par plusieurs points de suture. Le blessé eut à traverser une période de shock, mais il n'y eut aucune inflammation, aucune réaction péritonéale et les siphons-tubes fonctionnèrent toujours très bien.

Le quatorzième jour le patient fut souffrant et donna les symptômes de la présence d'un nouveau calcul ; la plaie abdominale fut réouverte ainsi que la vessie et on retira un nouveau calcul d'acide urique du poids d'un gramme et demi. Après cette seconde intervention le patient se trouva bien, il mangea, se promena dans le jardin et dormit très bien, sans pourtant jamais augmenter de poids et deux mois et demi après, il s'éteignit et mourut d'épuisement.

L'autopsie démontra la présence d'une affection rénale assez avancée, due probablement à l'action de la filaire.

Anus contre nature du cæcum siégeant à l'ombilic. Résection du cæcum. Guérison. (*Annales de la Société belge de chirurgie*, 15 juin 1893.) — M. Lauwers nous rapporte la curieuse observation suivante :

Une femme M..., 49 ans, avait depuis six ans une hernie ombilicale ; il y a un an cette hernie s'enflamma, il se forma un abcès qui s'ouvrit par deux orifices et, pendant cinq mois, des matières fécales ont passé par deux fistules ; puis les matières fécales se sont écoulées en totalité par ces deux fistules.

M. Lauwers pratiqua deux incisions elliptiques circonscrivant la région herniée, ouvrit le péritoine et détacha les adhérences unissant l'intestin à la paroi abdominale ; le viscère hernié était le cæcum. Il pinça dans un fil de soie l'intestin grêle d'une part et le

gros intestin de l'autre, coupa l'intestin de part et d'autre de ces deux ligatures, puis sutura les deux anses bout à bout. La guérison s'ensuivit.

Sarcome de l'appendice ileo cæcal. Excision du cæcum. Guérison. — C'est là une observation assez rare que celle rapportée par M. Gilford dans *The Lancet* du 29 juillet. Il s'agissait d'une femme de 27 ans, d'une bonne santé, qui était prise de temps en temps, depuis l'âge de 14 ans, de refroidissement, de pâleur et d'engourdissement de la jambe droite s'accompagnant quelquefois de douleur ; ces symptômes étaient généralement provoqués par la menstruation. En 1892, enceinte de 8 mois, elle fut prise de douleurs atroces dans l'hypochoudre et la région lombaire du côté droit et de vomissements. Ces douleurs durèrent trois jours, puis elles changèrent de caractère et la malade accoucha d'un enfant qui mourut au bout de quelques heures. Le lendemain les vomissements recommencèrent, la malade fut prise d'ictère ; le foie débordait les fausses côtes. Le 30 juin 1893, la malade eut de nouvelles douleurs dans la région ombilicale, douleurs irradiant vers l'aine, les reins et la cuisse. On trouva une tumeur dans la région du rein droit et on diagnostiqua un sarcome du rein. On fit une incision dans la région lombaire. La tumeur était indépendante du rein ; on dut la séparer du psoas auquel elle adhérait ; les nerfs iléo inguinaux la traversaient ; la tumeur et l'intestin furent attirés dans la plaie. On ouvrit la tumeur et il s'en échappa du pus ; on vit alors qu'il s'agissait d'un sarcome. On passa une ligature sur le cæcum et une autre sur l'iléon et on coupa entre les deux ; puis on réunit les deux bouts d'intestin. On enleva ensuite un autre nodule trouvé dans le psoas. La plaie fut drainée et la malade guérit. Dans la tumeur enlevée on trouva plusieurs collections purulentes et une concrétion de la grosseur d'un noyau de cerise.

Le diagnostic dans cette observation n'a pu être fait, il en est de même dans l'observation suivante.

Abcès aigu de l'intestin. Laparotomie. Guérison. — Il s'agit d'un cadet de 20 ans dont M. Alfred F.-S. Clarke nous rapporte l'histoire dans le même journal (*Lancet* du 16 septembre 1893). Douleurs, vomissements, se montrèrent presque ensemble et bientôt la crise sembla se fixer du côté droit. Il aurait présenté des symptômes analogues déjà plusieurs mois auparavant. Toujours est-il que bientôt il montra tous les signes de l'occlusion intestinale et à ce point qu'une laparotomie fut jugée nécessaire, après l'échec de tous les moyens médicaux. L'incision sur la ligne médiane, après ouverture du péritoine donna issue à une quantité considérable de pus qui provenait du côté droit. Les anses intestinales étaient agglutinées et rouges. On découvrit deux autres foyers qu'on lava comme le premier avec de l'eau bouillie chaude. Mais on ne se contenta pas de ces ouvertures d'abcès ; pour faire cesser l'occlusion, on ouvrit l'intestin et on créa un anus artificiel en le fixant à la peau. Les matières reprirent leur cours et l'amélioration fut immédiate, la température baissa et le malade dormit. Petit à petit même les matières recommencèrent à passer par le rectum.

Le malade allait bien quand tout d'un coup il fut encore repris des mêmes vomissements et des douleurs terribles avec arrêt des matières fécales. On songeait même à intervenir une seconde fois, quand une injection poussée dans l'intestin amena une débâcle et fit cesser tout danger. A partir de cette époque, le patient alla mieux et petit à petit l'anus artificiel se boucha tout à fait.

L'auteur fait suivre cette observation de courtes remarques dans lesquelles, à notre grand étonnement, la cause appendiculaire ou cæcale n'est même pas discutée.

Des variations composées du chiffre de l'urée et de l'urine à l'état physiologique et pathologique

Par le Dr Hache

Pendant un séjour de cinq ans qu'il a fait à la Guyane, le docteur Hache a eu l'idée d'étudier les variations de l'urine et de l'urée dans les maladies si variées et si graves qu'il avait sous les yeux. Il avait l'espoir d'y trouver un élément de diagnostic et un guide pour le traitement de ces affections et son attente n'a pas été trompée. Les résultats auxquels il est arrivé et que nous allons faire connaître ne sont pas dénués d'intérêt.

Ses observations ont porté :

1° Sur des sujets non malades destinés à servir de terme de comparaison;

2° Sur des sujets atteints d'affections fébriles diverses non infectieuses;

3° Sur des malades atteints de fièvres intermittentes franches;

4° Sur des malades atteints de fièvre jaune;

5° Sur des sujets atteints de fièvres dites inflammatoires. On sait que ces affections, si communes sous les tropiques, présentent des types fébriles très variés, mais qu'elles revètent toujours la même physionomie clinique caractérisée par la brutalité du début, l'état gastrique bilieux, des sueurs plus ou moins abondantes coïncidant fréquemment avec les rémissions, et la bénignité réelle de la maladie. Pour le docteur Hache ces manifestations sont d'origine tellurique et se rattachent au groupe des fièvres paludéennes.

Le dosage de l'urée a été effectué à l'aide de l'hypobromite de soude et les corrections ont été faites conformément aux tables baroscopiques. Les analyses avaient lieu deux fois par jour; chaque fois les bocaux étaient ébouillantés et passés à l'acide phénique; on mélangeait intimement l'urine, on s'assurait qu'elle était acide; quand elle contenait de l'albumine, on coagulait par la chaleur, puis on filtrait et on ramenait au volume primitif.

A l'aide de ces précautions, M. Hache est arrivé à constater d'une manière positive les faits suivants :

1° En dehors du fait bien connu et d'une explication facile de l'augmentation de l'urée pendant l'état fébrile, son chiffre échappe à toute systématisation et ses variations ne peuvent fournir aucune donnée utilisable. Au contraire, la comparaison des chiffres de l'urée et de l'urine, l'étude des rapports qui existent entre leurs deux courbes révèlent des faits intéressants;

2° Il existe à l'état physiologique un certain paralleisme entre ces deux courbes, tandis que dans toutes les maladies fébriles, quelque soit leur type, la courbe de l'urine pendant la phase fébrile est toujours inférieure à celle de l'urée; mais, au moment de la chute thermique, et pendant la convalescence, les courbes urologiques présentent, dans les quatre groupes pathologiques précédemment énumérés, des différences très nettes;

3° Chez les sujets atteints d'affections fébriles non infectieuses, la courbe de l'urine inférieure à celle de l'urée pendant la période fébrile, remonte dès que la température se rapproche de la normale et tend à reprendre ses rapports physiologiques;

4° Sur les malades de fièvre jaune, la courbe de l'urine reste toujours au-dessous de celle de l'urée, même pendant plusieurs jours après la chute thermique;

5° Dans les fièvres telluriques quelqu'en soit le type, la courbe de l'urine inférieure à celle de l'urée pendant la fièvre, devient supérieure deux ou trois jours après la défervescence, puis continue à monter, s'écartant de plus en plus de la courbe de l'urée et cela, pendant trois, quatre ou cinq jours. Elle atteint alors, dans tous les cas, un

chiffre élevé et il existe un écart d'autant plus considérable entre les deux courbes que le chiffre de l'urée reste à ce moment relativement bas. Il y a donc ici une véritable crise d'urine qui amène la dislocation de ces deux courbes qui se superposent presqu'à l'état physiologique.

Il y a là, comme on le voit, un caractère différentiel très marqué entre tout le groupe des fièvres telluriques d'une part et la fièvre jaune de l'autre. Cela confirme l'opinion généralement admise qui consiste à regarder cette dernière comme n'étant pas de nature paludéenne (Extrait de l'*Union médicale* du Nord-Est. Année 1893).

De l'examen des urines dans les assurances sur la vie

Les questions auxquelles doit répondre un médecin qui visite un proposant pour une assurance sur la vie sont à peu près les mêmes dans toutes les Compagnies.

Elles portent sur plusieurs points différents dont les uns sont sans importance et dont les autres, au contraire, réclament la plus grande attention à cause de la gravité même des symptômes qu'ils peuvent faire déceler.

Tout d'abord la coloration et la transparence des urines sont vérifiées à première vue. Presque toujours les qualités du liquide examiné sont normales, cela se comprend ; les urines sont toujours fraîches, devant être émises en présence du médecin, et si elles forment un dépôt, c'est qu'il existe une affection qui, le plus souvent, par les douleurs qu'elle provoque, écarte pour un temps le patient de la visite médicale. Dans le cas contraire, on a affaire à des urines troubles renfermées très souvent dans une vessie malade ou provenant d'un rein atteint, et ici il n'y a pas de doute, le refus ou tout au moins l'ajournement s'impose. S'il se forme immédiatement un dépôt et qu'on ait des soupçons sur la possibilité d'une affection rénale, les Compagnies prescrivent d'avoir recours à un examen histologique. Les cas semblables sont très rares et encore faut-il être assuré de la compétence de celui qui manie le microscope avant de prononcer l'acceptation ou le refus.

Il faut ensuite se prononcer sur la densité ou la gravité spécifique de l'urine, ces deux termes étant pris dans le langage courant et sur les imprimés, indifféremment l'un pour l'autre. Ce sera toujours avec le pèse urine qu'on lira la gravité spécifique qui pourra varier de 1005 à 1025 sans qu'on ait à en tirer une conclusion dans un cas ou dans l'autre. Quand pourtant elle dépasse 1030, quand l'urine est en même temps sirupeuse, on doit penser à la présence du sucre qui sera décelé tout à l'heure à l'aide de réactifs chimiques.

Ce caractère du liquide urinaire pas plus, du reste, que sa réaction chimique n'ont une bien grande importance. L'urine est en effet presque toujours acide et rougit plus ou moins rapidement, d'une façon plus ou moins intense le papier bleu de tournesol.

Mais le côté vraiment utile de l'examen est l'analyse chimique. Il est bien entendu qu'ici on ne demande qu'une analyse qualitative. La quantité des corps en suspension n'intéresse guère le médecin d'assurances qui a presque toujours à prononcer le rejet dès que la présence de l'albumine ou du sucre aura été reconnue.

Occupons-nous d'abord de la recherche de l'albumine. Elle peut se faire à l'aide de n'importe quel agent chimique témoin. Que ce soit l'acide picrique, l'acide acétique, l'acide azotique peu importe, le médecin se servira de celui dont il a le plus l'habitude. Pour nous, nous nous servons encore de la vieille méthode qui consiste à précipiter l'albumine par la chaleur. L'urine est mise dans un tube porté à l'ébullition. Comme l'albumine se coagule à 70° environ, elle est immédiatement précipitée lorsqu'elle existe. On sait que la chaleur agit aussi sur les phosphates, mais le précipité n'est pas le même.

Il faut cependant après l'ébullition, quand l'urine se trouble, y verser quelques gouttes d'acide azotique, qui dissout immédiatement les phosphates et accentuerait au besoin la précipitation de l'albumine, puisque seule elle suffit pour déterminer ce résultat.

Comme on le voit, nous nous préoccupons peu de la présence de ce petit nuage de phosphates qu'on renconcontre quelquefois chez des sujets bien portants. Il faut pourtant savoir que le diabète phosphaturique, comme l'azoturique, du reste, est une cause formelle d'exclusion.

Le point sur lequel nous voulons principalement attirer l'attention est le phénomène de la glycosurie.

Il faut donc savoir rechercher le sucre, et, sa présence décelée se prononcer pour le rejet immédiat ou pour l'ajournement.

La recherche du sucre se fait à l'aide de la liqueur de Fehling. On met quantités égales d'urine et du liquide bleu, on chauffe presque à l'ébullition et on examine. Où il n'y a pas de précipité, le liquide reste clair alors pas de doute le proposant est sain où il se forme un dépôt rouge-brunâtre et il y a du sucre.

Dans ces deux cas, la solution de l'acceptation ou du rejet est facile; mais on rencontre des urines qui donnent des précipités gris, verdâtres, se formant ou immédiatement, ou une demi-heure après l'examen, il faut savoir que pour que la présence du sucre puisse être affirmée, le précipité doit être rouge-brun et que tant qu'il reste gris-vert ou bleu-vert, il n'est pas produit par la présence de glycose.

Nous venons de dire que quand le précipité était rouge-brun, la présence du sucre était décelée. Cela est vrai, presque toujours, pour ne pas dire toujours. Cependant, dans ces derniers temps, des expériences répétées ont prouvé que la réaction du sucre était compatible avec des urines normales et cela parce que d'autres substances que le glycose étaient susceptibles de réduire les sels de cuivre de la liqueur de Fehling. On a recherché ces substances et on a trouvé que l'acide urique et la créatinine avaient ce pouvoir. On a alors proposé différents moyens pour débarrasser l'urine de ces corps et permettre d'arriver à une certitude ; mais les réactions nécessaires pour arriver à ce but ne sont pas du ressort du médecin d'assurances qui n'a à sa disposition que le matériel restreint compatible avec la pratique médicale. Aussi, devra-t-il dans ces cas, si la réaction ne lui paraît pas bien nette, si les symptômes manquent, faire examiner le liquide urinaire par un pharmacien qui pourra se prononcer.

La présence du sucre a été réellement constatée, s'en suit-il nécessairement qu'on ait affaire à un diabétique ? Certainement oui dans la grande majorité des cas ; mais quelquefois non. Il existe, en effet, des diabètes intermittents et il existe aussi des personnes qui peuvent émettre du sucre sans être pour cela diabétiques. Les émotions vives, certaines fatigues, l'abus du coït, certains mets peuvent parfois déterminer momentanément la présence du sucre dans les urines. Il faudra donc, si on a des soupçons ne pas se prononcer immédiatement, mais faire repasser le proposant et examiner à nouveau son liquide urinaire. Trois, quatre examens seront quelquefois nécessaires. On pourra arriver ainsi à porter un diagnostic exact de l'affection.

Nous terminerons en appelant toute l'attention du médecin sur cette question si délicate de la présence du sucre ou des symptômes qui peuvent faire penser au diabète. Dans ces cas, il ne faut pas hésiter à s'entourer de toutes les précautions. Pour ne citer qu'un exemple, il est aujourd'hui prouvé, qu'un diabétique peut ne pas présenter à un moment donné de glycose dans ses urines et cet exemple nous le prendrons dans le travail de M. P. Carles, agrégé de pharmacie à l'école de Bordeaux.

Il y a quelques années, un médecin bordelais avait à soigner un diabétique qui, le jour, cédait volontiers à toutes ses préoccupations d'affaires, mais qui était assez heu-

reux la nuit pour retrouver un bon sommeil. Comme les premières analyses de ses urines donnaient des résultats brusquement et alternativement très variables, le malade s'adressa à deux pharmaciens habiles qui marquèrent plusieurs fois, le même jour, sur leurs bulletins d'essais, l'un sucre néant et l'autre une dose fort notable.

Médecin et malade ne sachant à qui entendre prirent M. Carles pour arbitre et lui remirent en même temps deux échantillons de cette urine, l'un pris sur l'excrétion diurne et l'autre nocturne. La quantité de sucre du premier s'élevait à plus de 50 grammes par litres, celle du second était négative. Le désaccord des précédents chimistes était expliqué. Le fait, à plus d'un titre, mérite d'être connu.

COURRIER

Médecine opératoire. — *Cours d'automne.* — M. Poirier, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du jeudi 19 octobre 1893, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques.

Ce cours ne pourra comprendre plus de quarante-huit élèves.

Il est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront en faire la demande écrite (sur timbre de 0 fr. 60) au Doyen de la Faculté, avant le jeudi 12 octobre.

— Sont maintenus pour un an dans les fonctions de chef de clinique :

MM. Lyon, Lion, Vaquez et Belin, clinique médicale ; Demoulin, Villemin et Thiéry, clinique chirurgicale ; Demelin, clinique obstétricale ; Pactet, clinique des maladies mentales ; Rochon-Duvigneaud, clinique ophtalmologique ; Aviragnet, clinique des maladies des enfants ; Leguen, clinique des voies urinaires.

Sont institués pour un an chefs de clinique :

MM. Lafourcade, chef de clinique chirurgicale ; Wallich, chef de clinique obstétricale, Wickham, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques ; Souques, chef de clinique des maladies du système nerveux.

M. Gaston est institué pour un an chef adjoint de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont nommés aides de clinique (emplois nouveaux) : MM. Lamarque, maladie des voies urinaires ; Oui, maladie des femmes ; Beausoleil, maladie du larynx, des oreilles et du nez.

M. Faguet est maintenu, jusqu'au 30 octobre 1894, dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale.

Sont maintenus dans les fonctions de chef de travaux : MM. Tassaët, agr., trav. d'histol.; Chiché, agr., trav., d'anat. pathol.; Lagrolet, trav. de physiol.

Sont maintenus dans les fonctions de préparateur : MM. Sellier, physiologie ; Cannieu, anatomie pathologique ; Dupouy, pharmacie ; Messant, histoire naturelle ; Venot, médecine expérimentale ; Benech, hygiène ; Lasserre, travaux pratiques d'histoire naturelle ; Favrel, travaux pratiques de chimie et de pharmacie.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont nommés pour l'année scolaire 1893-1894 :

1° Chefs de travaux de laboratoire, MM. Mondan et Dor, clinique chirurgicale ; Roux, Métroz et Bret, clinique médicale ; Didot, agr., physique ; Vialeton, agr., anatomie générale et histologie ; Coutagne, médecine légale ; Bouveault, chimie organique et

toxicologie ; Bard, agr., anatomie pathologique ; Doyon, physiologie ; Rodet, médecine expérimentale et comparée ; Barral, chimie minérale et pharmaceutique ; Beauvisage, matière médicale et botanique ; Frenkel, clinique ophtalmologique.

2° Préparateurs de laboratoires : MM. Lacroix, anatomie générale et histologie ; Nicolas, clinique des maladies cutanées et syphilitiques ; Nicole, clinique médicale ; Paviot, anatomie pathologique ; Briau, physiologie ; Courmont, médecine expérimentale comparée ; Maitre, chimie minérale ; Albertin, médecine opératoire ; Meschinet de Richemont, physique ; Martin, médecine légale ; Salvat, matière médicale et botanique ; Tuja, anatomie ; Collet, pathologie générale (aide-prép.).

Faculté de médecine de Montpellier. — Sont nommés pour deux ans :

1° Aides-préparateurs : MM. Sempé, physique ; Puig-Ametler, chimie ; Malbois, histoire naturelle.

2° Aide d'anatomie : M. Itié.

3° Aides de clinique : MM. Malzac, maladie des enfants ; Jalabert, clinique ophtalmologique ; Vires, est institué, pour une période de trois ans, prosecteur.

Ecole de médecine d'Alger. — M. Cochez est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Missions scientifiques : M. Rivière, de Lyon, est chargé d'une mission scientifique à Vienne et dans les principales villes de l'Autriche, à l'effet d'y étudier l'art chirurgical, particulièrement au point de vue de la laryngologie, de la rhinologie et de l'otologie.

M. Poussie, de Paris, est chargé d'une mission scientifique en Amérique (Etats-Unis, Mexique, Colombie, Venezuela, Bolivie et Pérou), à l'effet d'y poursuivre des recherches ethnographiques et de linguistique comparée.

Travaux anatomiques a Clamart. — MM. les élèves internes et externes des hopitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques ont commencé le lundi 2 octobre 1893.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. Lesage, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Suspension d'un maire pour faute en hygiène. — Un fait rare, et, par conséquent, bon à signaler, c'est la suspension d'un maire de province pour avoir manqué à son devoir dans les circonstances que voici :

1° En ne prenant l'initiative d'aucune mesure sanitaire destinée à combattre, à son début, une épidémie que l'incurie de la municipalité a laissé se propager pendant plus de dix jours sans essayer d'organiser les moyens de défense prescrits par le médecin des épidémies et par les instructions administratives ;

2° En n'apportant, depuis que les secours ont été organisés par le sous-préfet de l'arrondissement, aucun empressement à l'exécution des mesures sanitaires prescrites par les médecins délégués. (*Semaine médicale.*)

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Potain

L'ASTHME ESSENTIEL

Messieurs,

Nous avons, en ce moment au n° 18 de la salle, Piorry une malade entrée pour un asthme nerveux ou essentiel, maladie qu'il est assez rare d'observer à l'hôpital. Cette femme, âgée de 41 ans, est atteinte de son asthme depuis sept ans, et, d'après elle, il se serait développé à la suite d'un refroidissement attrapé en chemin de fer. Depuis ce moment, elle a des accès chaque année pendant l'été et à peu près à la même époque. Vous savez, du reste, que certaines formes d'asthme essentiel ont pour caractère principal de frapper les malades surtout pendant la saison chaude ; je veux parler de l'asthme dit asthme de foin, qui ne présente de spécial que les conditions dans lesquelles ils se développe.

Qu'est-ce exactement que l'asthme essentiel ? C'est une maladie caractérisée par des accès parfois irréguliers, généralement périodiques, de dyspnée paroxystique et momentanée. Les accès sont plus ou moins intenses, mais ils revètent toujours la même physionomie générale.

La crise débute par des phénomènes prodromiques qui apparaissent dans la soirée ou au milieu de la nuit. Le malade est angoissé, l'estomac se gonfle, il ressent de l'excitation générale ou, au contraire, de la dépression. En même temps, il y a de l'enchifrènement et de la sécheresse de la gorge, une toux quinteuse et sèche. Les urines sont pâles et abondantes.

La deuxième période est marquée par l'apparition d'une dyspnée qui s'accroît peu à peu. La respiration est pénible et ses phases plus longues. Puis le malade gêné par un sentiment de constriction thoracique, est forcé et se lever et se met à se promener dans sa chambre, Bientôt, la marche devient trop pénible ; le patient s'accote sur un fauteuil ou une cheminée, penche le tronc en avant et, appuyant ses bras contre un support solide, met en jeu tous ses muscles inspirateurs accessoires. La face est pâle et livide, les extrémités froides, le corps couvert de sueur, et cet état d'angoisse peut se prolonger une demi-heure, deux heures et plus. A ce moment, la poitrine se remplit de sifflements et de ronchus sonores et si l'on pratique la mensuration de la base du thorax, on constate que son périmètre est augmenté de 5 à 6 centimètres. La sonorité est exagérée dans toute l'étendue de la poitrine.

La troisième phase peut être appelée sécrétoire. La toux devient plus humide et le malade expectore des crachats incolores ou noirâtres, visqueux, dits crachats perlés. On peut y rencontrer des concrétions de mucus revêtant l'aspect de moules bronchiques, des filaments en spirale, des cris taux octaédriques décrits par Leyden et Charcot.

Bientôt, dans la phase terminale, l'expectoration, plus fluide, se fait sans efforts.

Tantôt l'asthmatique ne souffre de rien dans l'intervalle des accès, tantôt il présente, comme notre malade, des signes de bronchite.

Anatomiquement, l'asthme est mal connu, car les cas de mort durant l'accès sont des plus rares. Cependant, Leyden a pu faire une autopsie et a trouvé de l'emphysème avec dilatation bronchique; les petites bronches étaient congestionnées, rétrécies par des mucosités visqueuses et adhérentes.

Quel est le mécanisme de l'accès d'asthme ? On a admis qu'il se produisait une fluxion brochique amenant un rétrécissement des conduits vecteurs de l'air et comparable à la fluxion nasale qui accompagne souvent l'accès; c'est l'enchifrènement bronchique de Bouillaud. Bien que l'anatomie pathologique soit d'accord avec cette théorie, elle est insuffisante dans la plupart des cas. Beau attribuait la gène respiratoire à la sécrétion bronchique spéciale. Cette sécrétion existe certainement chez beaucoup d'asthmatiques, mais, chez certains malades, l'accès se termine sans la moindre expectoration.

Un bon nombre d'auteurs ont soutenu qu'il se produisait un spasme des muscles de Reisessem. Cet élément spasmodique joue probablement un rôle; car, dans quelques cas, F. Frank a provoqué la contracture des muscles bronchiques par l'excitation des fosses nasales chez le chien.

On a encore invoqué le spasme des capillaires pulmonaires. Ce spasme existe dans certains cas, par exemple dans les dyspnée avec dilatation cardiaque d'origine gastrique, mais alors il n'y a pas de dyspnée paroxystique, et la gêne respiratoire est continue, bien que l'air entre largement et sans efforts. Ce n'est donc pas là un accès d'asthme.

Il est certain que l'excitation du centre respiratoire bulbaire par un sang mal oxygéné joue un rôle dans la pathogénie des accès. Aussi a-t-on admis une excitabilité anormale de ce centre entraînant un spasme des muscles inspirateurs.

En fait, les diverses théories ont chacune un point de vrai : le spasme peut exister sans catarrhe, ce dernier peut se rencontrer sans qu'il y ait de spasme bronchique, etc.

Ce qu'il y a de certain, c'est que l'excitabilité du système nerveux est exagérée dans l'asthme et cela explique l'action provocatrice de certaines influences.

L'excitation cause de l'accès peut porter sur les bronches et tout le monde connaît l'histoire de ce pharmacien dans la boutique duquel on ne pouvait déboucher le bocal à ipéca sans qu'il fût pris d'un accès d'asthme.

Le réflexe provocateur peut venir du nez, de l'estomac, des reins mêmes.

On a un peu exagéré le nombre des cas d'asthme d'origine nasale.

Un médecin anglais a dit avoir observé 400 cas d'asthme dépendant de la tuméfaction de la muqueuse des cornets supérieur et moyen. Le plus souvent c'est le cornet supérieur et la voûte qui sont malades. D'après différentes statistiques, sur 100 cas d'asthme essentiel, il y en avait de 8 à 22 0/0 qui dépendaient d'une lésion de la muqueuse olfative. Les polypes entraînent fréquemment la production d'accès caractéristiques.

Les causes prédisposantes de l'asthme sont nombreuses.

Les intoxications jouent parfois un grand rôle. Personnellement j'ai eu un accès d'asthme violent à la suite d'une intoxication par les moules. Les empoisonnements chimiques par l'arsenic, le plomb peuvent présenter parmi leurs symptômes les accès caractéristiques.

Parmi les dyspnées urémiques, l'asthme vrai existe et revêt la forme paroxystique caractéristique. Il peut encore être causé par l'infection paludéenne et est alors coupé par la quinine.

Les états diathésiques ont une grande importance dans l'étiologie de l'asthme.

Le plus grand nombre des asthmatiques présente les manifestations de la goutte et de l'asthritisme; quelques-uns sont des rhumatisants purs, des herpétiques. Il est assez fréquent de voir les manifestations cutanées de ces diathèses alterner avec l'asthme.

Nous avons admis que le système nerveux est, chez les asthmatiques atteint d'une irritabilité exagérée; cependant l'asthme est rare dans les grandes névroses, chez les hystériques. Quelquefois la grande hystérie alterne avec les manifestations asthmatiques.

Enfin l'asthme est héréditaire et il peut y avoir une véritable hérédité directe; la maladie se développe alors de très bonne heure.

On peut traiter l'accès d'asthme par la voie bronchique, la voie gastrique, la voie nasale ou la voie intra-cutanée.

L'inhalation de la fumée produite par la combustion du papier nitré imprégné ou non de jusquiame ou de belladone, soulagent beaucoup de malades. On peut aussi, dans certains cas, faire respirer de l'éther ou de l'iodure d'éthyle.

Il est indiqué de choisir la voie nasale quand il y a une irritation persistante de ce côté et la cocaïne en badigeonnages produit alors de très bons effets. Mais ce traitement n'est utile qu'en cas d'asthme d'origine nasale et, employé intempestivement, il peut exagérer l'accès.

Les narcotiques ont été très souvent administrés par la voie gastrique. On a eu recours au datura, à la jusquiame, à la lobélie, à l'aconit, à la valériane. Quelquefois, le chloral, le bromure de potassium modifient l'accès. Même les expectorants ont pu être utiles en provoquant la sécrétion bronchique dès le début.

La fluxion des bronches est avantageusement combattue par les ventouses, la faradisation de la peau, etc.

Mais c'est l'injection sous-cutanée de morphine qui est le véritable traitement de l'accès d'asthme. Malheureusement, quand on l'a employé une fois, il est difficile de ne pas y revenir aux accès suivants et, si ces derniers sont fréquents, le malade devient morphinomane. Aussi ne devez-vous faire l'injection de morphine qu'après l'échec des autres moyens et si la crise est très intense

Le traitement de la diathèse est naturellement des plus importants. Si on a affaire à un arthritique, on prescrira l'iodure de potassium, les alcalins, le bi-carbonate de soude et de lithine. Il ne faut pas oublier que l'iodure de potassium par la fluxion nasale qu'il provoque, amortira l'intensité des accès.

Si le malade est herpétique, l'arsenic, le soufre, les eaux de la Bourboule et du Mont-Dore seront indiqués.

Naturellement, on obéira aux indications bien connues que fournissent les intoxications dont je vous ai parlé, l'urémie, l'impaludisme, etc.

Enfin il y a un traitement hygiénique de l'asthme. Il est malheureusement impossible d'en tracer les règles, car il varie selon les malades. Tel a son asthme aggravé par l'humidité, et tel autre par la sécheresse. On peut même voir un asthmatique qui est soulagé par un climat donné, pendant un certain nombre d'années, n'être amélioré ensuite que par un climat très différent, tandis que le premier aggrave son mal.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

MÉDECINE

Automatisme ambulatoire. — A la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, M. Pitos, à propos d'une malade présentée par M. Ryss, a retracé l'histoire de *l'automatisme ambulatoire hystérique.*

Les cas de ce genre, bien qu'encore relativement peu nombreux, sont aujourd'hui assez connus et les travaux récents ont montré qu'ils se séparent nettement, par leurs caractères, des cas plus ou moins analogues que l'on observe dans l'épilepsie et la neurasthésie.

Dans l'épilepsie, l'automatisme ambulatoire est une sorte d'exagération de ces mouvements de propulsion à la marche, qui se rencontrent chez beaucoup d'épileptiques au sortir de leurs attaques. Mû par une force aveugle, irrésistible, qui le pousse en avant, l'épileptique part sans savoir pourquoi ni où il va. Il n'a pas conscience de ce qu'il fait et n'en garde pas le souvenir.

Dans la neurasthénie, le malade obéit à quelque envie, à quelque préoccupation qu'il veut éviter. Il sait très bien ce qu'il fait et où il va, il a conscience de ses actes.

Quant aux accès d'*automatisme ambulatoire hystérique*, ils présentent ceci de particulier: qu'ils sont accomplis dans un véritable accès de somnambulisme, durant lequel l'individu marche, parle, agit comme s'il était pour ainsi dire dans son état ordinaire. Le souvenir, perdu à l'état de veille, reparait intact dans le sommeil hypnotique.

Le premier fait de ce genre appartient à M. Proust. Il est relatif à un avocat de Paris, qui, dans son accès, s'en va à Troyes et revient au bout de trois jours à Paris, ne sachant ce qui s'est passé et se demandant ce qu'il a pu faire pendant ce temps-là. Bientôt il reçoit une condamnation pour escroquerie, prononcée contre lui par défaut. Quel délit de ce genre a-t il bien pu commettre. Il n'y peut rien comprendre. M. Proust a alors idée de l'hypnotiser, le questionne et reçoit du sujet hypnotisé les renseignements suivants : Parti d'un café situé en face du Palais-de-Justice, il a pris le train pour Troyes, est descendu à tel hôtel, où il a laissé son pardessus et n'a pas payé sa note. Il a été jouer, a perdu, a joué sur parole, etc. Ces faits vérifiés furent reconnus exacts. Les malades de ce genre peuvent ne pas avoir d'attaque d'hystérie. Mais un examen attentif montre qu'ils ont des stigmates irrécusables de cette névrose.

Un cas d'ostéopathie hypertrophiante chez une syphilitique, par M. Ed. Chrétien. — Cette observation, la troisième de l'espèce, diffère à plusieurs points de vue de celles publiées par Schmidt et Shicreiff.

La malade de Schmidt avait contracté la syphilis à environ 25 ans. L'accident primitif avait passé inaperçu, mais cette femme avait souffert pendant longtemps de maux

de tête violents, avait fait plusieurs avortements de suite et les quelques enfants qui étaient venus au monde vivants étaient morts au bout d'un temps variable, mais toujours très court.

Schmidt, s'appuyant sur les antécédents, ainsi que sur des accidents buccaux qui survinrent pendant que la malade était soumise à son examen, rattacha l'ostéopathie à la syphilis et prescrivit l'iodure de potassium. Son diagnostic paraît avoir été justifié, car, sous l'influence de ce traitement, on vit disparaître l'hypertrophie des doigts, ainsi qu'en témoignent les dessins adjoints à sa publication.

Dans le cas de Smirnoff, il s'agit d'un homme atteint de syphilis héréditaire, qui, pas plus que la malade de Schmidt, n'avait eu d'accidents pleuro-pulmonaires. Les premières manifestations spécifiques firent leur apparition à l'âge de neuf ans. Le malade eut une gomme de la voûte palatine qui guérit par le traitement ioduré, laissant après elle une perforation du voile du palais. Ce traitement n'a pas agi sur les déformations osseuses.

Chez la malade de M. Chrétien, l'accident primitif a passé inaperçu ; peut-être était-on en présence également d'une syphilis héréditaire. La déformation du nez, la lésion du voile du palais, l'état du foie, furent les seules preuves de l'existence de la syphilis pendant la vie de la malade. Ce diagnostic a été confirmé par l'autopsie, car on a trouvé un foie syphilitique typique avec gommes.

Le traitement spécifique a été prescrit, mais n'a amené aucune modification du côté des phalanges. En a-t-il produit du côté du foie ? Ce dernier était volumineux et descendait jusqu'au-dessous de l'ombilic. Pendant le traitement ioduré, il n'a pas semblé qu'il diminuât de volume. A l'autopsie on trouva l'organe hypertrophié, mais ses dimensions étaient peu en rapport avec celles de la tumeur observées auparavant.

Le sujet était une femme, ce qui tend à prouver que, contrairement à l'opinion primitivement émise, la maladie de Marie ne serait pas l'apanage presque exclusif du sexe mâle. Il n'y en a encore que trois cas chez la femme, celui de Heinrich Schmidt, un cas de Stembo et celui de Chrétien.

Le virus syphilitique peut jouer, dans la pathogénie de la maladie de Marie, le même rôle que le poison supposé de la bronchectasie et de l'empyème. Pourquoi a-t-il si rarement cette action ? Peut-être cela tient-il à une disposition individuelle ou à quelque influence nerveuse spéciale, comme permettrait de le supposer le cas de Crillard et celui récemment publié par Mœbius.

Un cas de paralysie spinale syphilitique, par le docteur Glorieux. — Erb avait été frappé de la fréquence d'une forme particulière d'affection spinale qu'il avait observée chez une trentaine d'hommes, tous antérieurement atteints de syphilis. Cette maladie, tout en ayant beaucoup de ressemblance avec le tabès spasmodique et la myélite transverse, s'en distingue à un degré tel que le professeur Erb se crut autorisé à la décrire comme une entité morbide nouvelle, comme une affection systématisée spéciale sous le nom de *paralysie spinale syphilitique*.

Voici, d'après l'auteur, le tableau symptomatologique de cette affection médullaire. Au début, les malades se plaignent de paresthésie dans les jambes, de temps à autre de douleurs passagères ; à cela vient s'ajouter une sensation de fatigue, de la faiblesse et de la raideur dans les jambes, des troubles dans l'émission des urines. Tous ces symptômes s'accentuent lentement et ce n'est qu'après plusieurs mois, parfois des années, que le malade arrive à présenter tous les caractères de la marche spastique.

D'autres fois, et ces cas sont rares, l'affection marche avec une grande rapidité et en quelques jours on peut observer la paraplégie motrice complète, avec troubles de la sensibilité et troubles du côté des sphincters de la vessie et du rectum.

Chose importante à noter : les malades, tout en présentant la marche spastique, n'ont

pas la raideur musculaire ni les contractions des spastiques. Chez tous, existe une exagération notable des réflexes, des troubles de la sensibilité, toutefois moins accentués et moins nets que dans les myélites transverses. La parésie vésicale, elle, ne fait que bien rarement défaut.

A tous ces symptômes s'ajoute l'impuissance; rarement on observe du décubitus, ou de l'atrophie musculaire. Les réactions électriques des nerfs et des muscles sont normales.

La moitié supérieure du corps reste toujours indemne, les bras, le cou, la tête sont libres ; les pupilles et les muscles oculaires fonctionnent régulièrement Il en est de même de l'intelligence, de la mémoire, de la parole, pour autant qu'on ait affaire à une simple paralysie spinale syphilitique, exempte de complications.

Ce qui distingue encore cette maladie des autres affections médullaires, c'est la *tendance à la guérison.* Plus de la moitié des malades éprouvent une amélioration considérable après un traitement antisyphilitique énergique : ils peuvent se remettre au travail, se marier. D'autres fois, la maladie reste stationnaire pendant des dizaines d'années, comme si le virus avait été neutralisé par la cure. Il faut ajouter également, comme ombre au tableau, que certains cas rares de paralysie spinale syphilitique résistent au traitement le plus intensif et se terminent par la mort.

Le professeur Kowalewsky a eu l'occasion d'observer vingt et un cas de paralysie spinale syphilitique, tous chez des hommes de 30 à 45 ans.

Au tableau symptomatologique précédemment exposé, il croit pouvoir ajouter les particularités suivantes. Chez tous ses malades, il existait à la fois de la rétention d'urine et de matières fécales; ce n'est que dans les cas de grande gravité qu'il a observé de l'incontinence d'urine. Chez tous, dès que le besoin d'uriner se faisait sentir, il fallait le satisfaire aussitôt, sinon, l'urine s'échappait involontairement et sous forme d'un jet puissant, comme si le muscle vésical parésié se contractait spasmodiquement. Chez quelques malades les mêmes phénomènes se produisaient du côté du sphincter anal, particulièrement à la suite d'une émotion. Ces personnes étaient toujours sur le qui-vive; elles craignaient qu'un pareil besoin ne se produisît pendant qu'elles étaient en présence de quelqu'un et cette crainte obsédante les rendait profondément malheureuses.

M. Kowalewsky a également observé que, dans la paralysie spinale syphilitique, les réflexes thermiques, particulièrement pour le chaud, étaient plus accentués aux membres inférieurs que dans n'importe quelle autre affection de la moelle épinière.

Anatomiquement la paralysie spinale spastique se conçoit sous forme d'une lésion partielle symétrique, à forme transversale, siégeant dans la moelle dorsale. La partie postérieure des cordons latéraux, y compris la raie pyramidale, ainsi que les colonnes grises et les faisceaux blancs des cordons postérieurs, doivent être atteints d'infiltration syphilitique.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 octobre 1893. — Présidence de M. Lefort

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'air ozonisé

M. Hérard lit un rapport sur un mémoire de MM. Labbé et Oudin, relatif à ce sujet. Les auteurs se sont servis d'un appareil spécial pour obtenir un air ozonisé absolument

pur, ce qui rend l'ozone d'une innocuité absolue. On connaît l'efficacité des inhalations d'air ozonisé dans l'anémie, les auteurs sont partis de ce point pour employer cet agent dans la thérapeutique de la tuberculose; bien que les résultats soient moins nets, les faits signalés sont cependant de nature à appeler l'attention des praticiens sur cette méthode rationnelle de traitement. Si la guérison n'est pas absolue, il y a tout au moins une amélioration notable de tous les symptômes.

M. Ollivier a obtenu de bons résultats des inhalations d'ozone, chez les enfants tuberculeux, mais c'est un agent thérapeutique difficile à manier.

M. Vallin lit un rapport au nom de la section d'hygiène *sur les maladies épidémiques entraînant la déclaration obligatoire.* D'après l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, ainsi conçu : « Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous son observation et visées dans le paragraphe suivant.

La liste des maladies dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel, sera dressée, par arrêté du ministre de l'intérieur, après avis conforme de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Le même arrêté fixera le mode de déclaration desdites maladies. »

***

M. Vallin fait ressortir tout d'abord l'importance de la déclaration obligatoire des maladies épidémiques, qui a pour but de ne plus laisser l'autorité désarmée devant des faits tel que celui-ci par exemple : une famille étrangère vient habiter un appartement sur un de nos grands boulevards; l'enfant contracte au dehors la diphtérie et meurt. La famille, désolée, quitte précipitamment Paris, sans qu'aucune mesure de désinfection eût été prise. On ne sait si les meubles, les tentures et les tapis vendus sur place, ont déterminé des contagions d'origine ignorée. Mais, quelques mois plus tard, de nouveaux locataires s'installent dans l'appartement. Un enfant contracte la diphtérie et meurt; après lui, la mère, un autre enfant, un domestique; la famille est presque anéantie.

On a pensé qu'il y avait « quelque chose à faire » pour empêcher le retour de tels désastres. La déclaration de l'affection contagieuse qui eut nécessité la désinfection, eût pu épargner plusieurs existences.

La déclaration obligatoire de chaque cas de maladie infectieuse, semble le principe de la condition *sine qua non* de toute prophylaxie. Cette déclaration est imposée à celui qui a la compétence, c'est-à-dire au médecin, et à son défaut au chef de famille, au directeur d'établissement, au logeur, etc. Le secret médical ne saurait être invoqué raisonnablement en pareil cas.

Le rapporteur s'est proposé de rechercher, dans un esprit de modération et d'équité, quelles sont celles des maladies infectieuses et transmissibles dont la déclaration est nécessaire au point de vue de la sécurité publique, se basant sur les principes suivants :

1° Les maladies doivent être de celles qui peuvent compromettre gravement la santé d'un grand nombre de personnes du voisinage du premier malade;

Ces maladies doivent être justiciables non seulement de soins médicaux individuels, mais aussi d'une intervention administrative et de mesures sanitaires imposables, dans l'intérêt de l'hygiène publique, car aucune ingérence ne peut avoir lieu dans le traitement établi par le médecin habituel;

3° La déclaration de tout cas sporadique est indispensable ; toute épidémie, en effet,

débute par des cas en apparence sporadiques, dix médecins différents pouvant observer le même jour, à l'insu l'un de l'autre, un cas isolé de la même maladie ;

4° Enfin, dans l'établissement de cette liste d'ailleurs revisable, il est nécessaire de tenir compte des difficultés d'exécution, de l'état de la science et de l'opinion publique, etc.

La déclaration ne doit être imposée que pour la maladie dont le danger est évident, grave, susceptible d'être conjuré par des mesures n'excédant pas le bénéfice qu'on doit en retirer.

En conséquence, la commission d'hygiène propose la liste suivante des maladies épidémiques dont la déclaration est obligatoire et dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel :

Choléra et affections cholériformes,
Fièvre jaune,
Peste,
Variole,
Scarlatine,
Rougeole,
Suette miliaire,
Diphtérie (croup et angine couenneuse),
Fièvre typhoïde,
Typhus exanthématique,
Dysenterie épidémique,
Infections puerpérales (quand le secret n'aura pas été réclamé),
L'ophtalmie purulente.

Pour cette dernière maladie, toutefois, la déclaration obligatoire ne pourra être imposée au médecin, qui seul a qualité pour soigner l'enfant et appliquer le traitement nécessaire ; mais elle devra l'être pour les sages-femmes.

A cette liste, le Comité consultatif d'hygiène avait ajouté l'érysipèle, la varioloïde et la coqueluche, que le rapporteur croit devoir rejeter, de même que les affections du cuir chevelu.

M. Le Roy de Méricourt demande quelques explications, mais, sur la proposition de M. Bergeron, la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

***

M. Panas s'est assuré que les accidents infectieux consécutifs à la cataracte relevaient d'agents pathogènes siégeant sur les bords palpébraux. Aussi pratique-t-il maintenant un lavage soigneux de ces bords palpébraux avec de l'huile biiodurée, après avoir dégraissé les paupières avec une solution de carbonate de soude. Il est absolument nécessaire de pratiquer le dégraissage des paupières avant toute opération.

***

Tératologie

M. Guéniot présente un fœtus monstrueux, né à terme, et dont les anomalies tiennent à de larges adhérences entre l'amnios et la région fronto-pariétale gauche du crâne. Le placenta se trouve accolé dans toute son étendue au fœtus.

On constate, du côté du fœtus, l'absence des os frontal et pariétal gauches. Les adhérences de l'amnios commencent à la région fronto-sourcilière gauche pour s'étendre

au-dessus, le nez n'a pu se former ; sur la main droite on remarque des sillons qui sont de véritables commencements de sections produites par de petites brides amniotiques.

***

M. Ollivier lit une note de M. Babes (de Bucharest) dans laquelle ce correspondant de l'Académie insiste de nouveau sur les avantages de la quarantaine terrestre pour se défendre de l'invasion du choléra.

La séance est levée à 5 heures.

La syphilide pigmentaire ; sa pathogénie

La syphilide pigmentaire est, comme l'a dit M. le professeur Fournier, « un accident très bizarre, très curieux, qui s'éloigne à tous égards des autres déterminations cutanées de la vérole. » Elle s'en éloigne même, à ce point qu'après avoir été décrite par Monneret, Hardy, Pillon, elle fut niée pendant longtemps par la plupart des auteurs. Bazin, Taylor, Griffits, T. Fox, Kaposi la regardaient comme une variété de mélanodermie que rien ne rattache à la syphilis. Quelques syphiligraphes se refusent encore obstinément à lui accorder une place parmi les manifestations cutanées de la vérole. On la considère néanmoins aujourd'hui, d'une façon générale, comme une manifestation d'une réelle valeur spécifique et on la place au rang des symptômes les plus sûrs de la syphilis. Mais si, après une lutte assez vive, elle a acquis droit de cité, elle reste encore très obscure dans son mode de production ; sa pathogénie n'est pas encore très nettement établie. Aussi, c'est sur ce dernier point que nous insisterons surtout.

Il n'y a rien à ajouter à la description clinique que M. le professeur Fournier a donnée de la syphilide pigmentaire ; c'est « une série de taches ou de marbrures ocreuses, d'une teinte bistre plus ou moins foncée, sans forme régulière, disposées les unes au voisinage des autres, se touchant et se confondant pour la plupart en enveloppant des îlots de téguments sains, de façon à figurer sur le cou une sorte de réseau ou de dentelle à larges mailles ». On a donné à ce réseau le nom de « collier de Vénus ».

Ces taches, sans avoir un contour bien net, n'en font pas moins, avec les îlots blancs qu'elles environnent, un contraste assez frappant pour peu que la syphilide pigmentaire soit intense. Elles ne sont pas saillantes, elles ne desquament à aucun moment de leur évolution, elles ne sont enfin ni douloureuses ni prurigineuses. En explorant la sensibilité, au moyen du compas de Weber, M. Vidal a trouvé une diminution au niveau des îlots blancs, moins marquée que dans le vitiligo, mais cependant très réelle.

Le cou et la nuque sont le siège habituel de la syphilide pigmentaire ; on la voit assez souvent cependant envahir la partie supérieure de la poitrine et du dos ; elle est quelquefois très visible sur les épaules, la partie supérieure des bras, le voisinage des aisselles, sur les parties latérales de l'abdomen, au pli du coude, aux aines.

Depuis qu'on la recherche avec soin, elle est devenue beaucoup plus fréquente qu'autrefois ; on la dépiste aujourd'hui même dans ses formes les plus atténuées et elle ne passe plus pour de simples « taches de malpropreté ». C'est aussi en la recherchant systématiquement qu'on a pu voir qu'elle est fréquente, non seulement chez les femmes, mais encore chez les hommes, — surtout chez les hommes à peau blanche et féminine, bien que les sujets vigoureux à téguments épais n'en soient pas exempts (Balzer).

Cette fréquence paraît d'ailleurs variable avec les pays, et peut-être aussi avec les saisons.

En Espagne, en Algérie, la syphilide pigmentaire est très commune, bien plus com-

mune qu'en France. Pendant l'été, elle semble aussi se montrer plus fréquemment qu'en hiver.

Son époque d'apparition est très variable ; quelquefois elle se montre d'une façon précoce, dès les premières manifestations éruptives de la syphilis ; d'autres fois elle est beaucoup plus tardive. D'une façon générale on peut dire qu'elle appartient « à la période secondaire et au terme moyen de cette période (fin de la première année et cours de la seconde) ».

La durée de la syphilide pigmentaire est extrêmement longue ; elle dépasse quelquefois plusieurs années ; en tout cas il est fréquent de la voir persister un an ou deux. Tous les traitements locaux ou généraux n'exercent sur elle aucune action ; le traitement spécifique lui-même ne semble pas l'influencer même de la façon la plus légère. Cette résistance au traitement mercuriel est encore un des arguments de ceux qui nient ses rapports avec la syphilis.

Malgré sa ténacité la syphilide pigmentaire comporte un pronostic bénin, en ce sens qu'elle disparaît toujours complètement sans laisser aucune trace. On a bien cité quelques cas dans lesquels elle aurait persisté indéfiniment, mais s'il existe réellement de tels cas, ils sont absolument exceptionnels.

Le diagnostic de la syphilide pigmentaire est facile. Son siège particulier, son aspect dentelé, l'empêcheront d'être confondues avec les mélanodermies d'origines diverses. Nous ne erons que signaler les *éphilides,* le *chloasma utérin*, la *pigmentation des phtiriases inv*é*térées* (maladie des vagabonds), les *pigmentations* que l'on observe chez les *cachectiques* et en particulier chez les tuberculeux. Le *pityriasis versicolor* se montre souvent au tronc, il est prurigineux, il desquame. Les *macules* qui succèdent aux *syphilides cutanées* ne donnent jamais un aspect dentelé semblable à celui de la syphilide pigmentaire ; il en est de même du *vitiligo* qui, d'ailleurs, se localise rarement au cou, et qui présente des taches beaucoup plus blanches ; il en est de même enfin des *cicatrices de variole* ou de toute autre éruption, qu'un examen quelque peu attentif suffira à reconnaître.

Quand on examine attentivement une syphilide pigmentaire bien développée, on se demande quelles sont les parties malades. Sont-ce les îlots blancs ou les parties pigmentées ? A ce point de vue la syphilide pigmentaire a passé par des phases diverses.

Bazin pensait que les îlots blancs sont les parties malades ; pour lui il s'agissait donc d'une pigmentation cutanée, d'un vitiligo syphilitique. Plusieurs auteurs pensent encore que ces îlots blancs constituent « le fond et la substance de l'affection » (de Maieff) ; la pigmentation foncée périphérique ne serait qu'un épiphénomène de peu de valeur. Poelchen, dans les *Archives de Virchow* de 1887, se sert du mot *vitiligo.* On a même proposé de remplacer l'expression syphilide pigmentaire par celle-ci : *leucodermie syphilitique.*

Il s'en faut de beaucoup, cependant, que la majorité des syphiligraphes se rangent à cette manière de voir. « Jamais, dit M. A. Fournier, je n'ai constaté sur mes malades de véritable vitiligo, et les taches blanches contenues dans les mailles du réseau pigmentaire m'ont toujours paru n'être que relativement blanches par opposition de couleur, sans jamais présenter cette teinte achrome ou laiteuse qui constitue seule le vitiligo. Ces prétendues taches vitiligineuses ne sont donc pour moi que les téguments sains, normaux, qu'une simple illusion d'optique rend plus pâles et fait croire décolorés. » M. Fournier met ce fait en évidence en faisant regarder un îlot blanc à travers un trou de quelques millimètres percé dans un morceau de papier que l'on applique sur le cou de la malade ; l'îlot apparaît alors avec une teinte absolument identique à celle de la peau saine.

Il faut donc repousser la dénomination de leucodermie syphilitique et conserver celle

de syphilide pigmentaire. Les recherches anatomo-pathologiques de Tanturri semblent donner raison à cette dernière opinion. En effet, en examinant des coupes de la peau prises au niveau des îlots blancs, cet auteur y a trouvé autant de pigment que dans la peau normale.

Cependant, les lésions de la syphilide pigmentaire sont plus complexes, et les recherches de M. de Maieff (Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie, tenu à Paris en 1889) ne confirment pas celles de Tanturri. M. de Maieff a trouvé, au niveau des taches brunes, les lésions suivantes : épaississement de la couche de Malpighi, pigmentation intense ; le pigment existe non-seulement dans le protoplasma cellulaire, mais aussi dans les interstices des cellules, d'où un aspect réticulé ; on en trouvera aussi dans les cellules conjonctives et dans les lymphatiques du derme ; atrophie des papilles ; épaississement des parois des artérioles et des veinules, tuméfaction de leur endothélium allant quelquefois jusqu'à l'oblitération complète.

Au niveau des taches blanches on constate : un amincissement considérable de la couche épidermique, disparition du stratum lucidum, disparition du pigment dans les cellules profondes de la couche de Malpighi, et enfin lésions vasculaires très prononcée; les vaisseaux sont, au centre de la tache, complètement oblitérés et représentent des travées fibreuses. La siphilide pygmentaire se développerait donc « sous l'influence d'une inflammation chronique spécifique des petits vaisseaux sanguins de la peau. »

Aussi, d'après M. de Maieff, la syphilide pigmentaire se montre-t-elle tout d'abord sous forme d'une hyperpigmentation diffuse ; les altérations vasculaires produisent un trouble circulatoire ; par ce fait, « les globules sanguins perdent leur pigment qui infiltre alors la tunique adventice des vaisseaux, les cellules du tissu conjonctif, celles du derme et de la couche de Malpighi, en se disposant aussi dans les canaux lymphatiques. » Ce serait là la première période de la syphilide pigmentaire.

La seconde serait caractérisée par l'apparition de taches blanches. Les vaisseaux malades s'oblitèrent complètement en certains points, d'où atrophie des papilles, amincissement de la couche de Malpighi et disparition progressive du pigment. Enfin, dans une troisième période, période de régression, les taches foncées pâliraient en même temps que les taches blanches deviennent, au contraire, plus foncées pour reprendre la couleur de la peau normale.

M. de Maieff n'indique pas par quel mécanisme se fait ce retour à l'état normal.

Ces recherches jeteraient un peu de lumière sur la pathogénie de la syphilide pigmentaire, surtout si elles étaient confirmées par des travaux ultérieurs. Quoiqu'il en soit, on ne peut plus accuser aujourd'hui, pour expliquer cette curieuse manifestation, ni une altération fonctionnelle des cellules à pigment (de Amicis, Profeta, Tanturri, Tortolla), ni un trouble vaso-moteur (Chadek, Pirrochi, Astley Bloxam), ni un trouble général de la nutrition ou une altération des globules sanguins pendant la période secondaire de la syphilis (Richl), ni enfin des lésions des capsules surrénales (Jullien). L'inflammation ehronique spécifique des petits vaisseaux sanguins de la peau s'expliquerait très bien, d'après ce que l'on sait, sur les localisations spéciales de la syplilis ; ce serait bien dans les allures de l'affection.

Ces lésions vasculaires n'expliquent malheureusement pas tout ; pourquoi, par exemple, cette prédilection particulière de la syphilide pigmentaire pour le cou et la nuque ? Quelle est l'influence atmosphérique ou climatérique, puisque la syphilide pigmentaire semble plus fréquente dans certains pays, en Algérie, en Espagne, par exemple, qu'à Paris ou à Vienne ?

Enfin il est un dernier point qui est encore loin d'être élucidé. La syphilide pigmentaire n'est-elle pas un reliquat de manifestations syphilitiques antérieures, telles que la

roséole ? M. Hallopeau le croit; cette hypothèse semble très admissible à M. Besnier, car « d'une façon générale, l'hyperchromie est plus rarement primitive que secondaire.» La question n'est pas résolue ; il faudra encore de longues et patientes recherches pour élucider ces points obscurs et compléter l'histoire de la syphilide pigmentaire.

COURRIER

—

Concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon. — L'Administration des hospices civils de Lyon donne avis que le lundi 21 mars 1894, à huit heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, il sera ouvert un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux, appelé à faire le service dans les établissements de l'Administration des hospices civils de Lyon. Ce concours comprendra cinq séances.

Le candidat nommé remplira, dès sa nomination, dans les établissements de l'Administration, les fonctions de médecin suppléant, jusqu'à ce qu'il succède, par rang de nomination, à un médecin des hôpitaux.

Les médecins suppléants sont tenus de prendre le service auquel ils sont appelés, soit comme médecin suppléant, soit comme médecin des hôpitaux, dans les établissements de l'Administration, suivant leur rang d'ancienneté.

Les médecins des hôpitaux restent en fonctions pendant dix-huit ans à partir du moment où ils sont chargés d'un service autre que celui de médecin suppléant.

Les médecins des hôpitaux visitent tous les jours et deux fois par jour les malades de leur service.

Le traitement annuel des médecins des hôpitaux est fixé à deux mille francs.

Projet d'un congrès français d'hygiène. — M. le docteur Reuss vient d'émettre l'idée de ce congrès, dont l'organisation ressemblerait à celle de l'Association française pour l'avancement des sciences. Les seuls hygiénistes de langue française y seraient admis, et on éloignerait « les globetrotters, que les facilités accordées par les Compagnies de chemins de fer ne manquent jamais d'attirer ».

Corps de santé de la marine et des colonies. — Liste d'embarquement des médecins de 1re classe :

Lorient. — MM. 1. Thamin; 2. Ropert ; 3. Palasne de Champeaux ; 4. Dubois Saint-Sévrin.

Toulon. — MM. 1. Durand; 2. Gauran ; 3. Ourse ; 4. de Bonadona; 5. Cauvet; 6. Pons; 7. Sibaud ; 8. Durbec ; 9. Philip ; 10. Boutin ; 11. Couteaud ; 12. Théron ; 13. Reynaud; 14. L. Alix ; 15. Barrême; 16. Curet; 17. Raffaëlli; 18. Cognes ; 19. Poulain; 20. Millou.

Brest. — MM. 1. Salanoue-Ipin ; 2. Négadelle ; 3. Bourdon; 4. Ch. Aubry. 5. Pungier.

Cherbourg. — MM. 1. Barbolain; 2. Deblenne ; 3. Nollet; 4. L'Honen ; 5. Duprat.

M. le médecin en chef Dupont assiste aux manœuvres spéciales du service de santé, qui auront lieu dans le gouvernement militaire de Paris, du 10 au 14 octobre.

M. le médecin de 1re classe Carmouze, sert à Brest.

M. le médecin de 1re classe Chastang est affecté au port de Cherbourg et remplacé sur la *Vienne* par M. le médecin de 2e classe Avérous.

M. le médecin principal Drago embarque sur le *Colombo*.

M. le médecin de 1re classe Jabin-Dudognon embarque sur le *Condor*.

M. le médecin de 1re classe Leclerc embarque sur le *Davout*.

M. le médecin de 1re classe Mercié embarque sur l'*Alger*.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Le traitement de la variole par les bains et les pansements de sublimé à l'hôpital d'Aubervilliers

Par le docteur H. Richardière, médecin des hôpitaux.

I

L'hôpital d'isolement d'Aubervilliers a reçu pendant l'année 1892 (du 15 février à la fin de décembre) 197 malades atteints de variole. Le chiffre des entrées a été plus considérable ; car il comprend un certain nombre de malades envoyés à l'hôpital d'Aubervilliers, par suite d'une erreur de diagnostic et dont le diagnostic a été rectifié après l'admission. Déduction faite de ces malades et des cas douteux, 197 malades seulement ont été soignés pour une variole indiscutable.

Ces 197 cas de variole se répartissent en : variole vraie (105 cas) ; varioloïde (92 cas).

Les 105 cas de variole ont eu une gravité très inégale.

Dans 8 cas, la variole a été confluente à la face et sur le corps. Dans ces 8 cas, les pustules se rejoignaient par leurs bords, empiétant souvent les unes sur les autres à la face. Sur le corps, l'éruption était presque uniformément confluente.

Chez 10 malades, l'éruption, confluente à la face, a été moins abondante sur le tronc et sur les membres. En plusieurs points, les pustules étaient séparées par des intervalles plus ou moins étendus de peau saine. Cette forme de variole (confluente à la face, confluente seulement par places sur le corps) a été d'un pronostic beaucoup moins grave que la confluente généralisée.

Chez 15 autres malades, l'éruption, très abondante sur la face, mais non confluente, a été également très abondante sur le corps, souvent confluente par places. Cette variété a presque toujours guéri. Quand elle a entraîné la mort, la terminaison fatale a été le plus souvent la conséquence de l'état antérieur du sujet (sénilité ou extrême jeunesse, alcoolisme, tuberculose, etc.).

Dans ces trois variétés, il y a toujours eu une abondante éruption de pustules sur les muqueuses.

Dans les autres cas de variole (72), l'éruption a été discrète. Dans 20 cas, environ, l'éruption sur les muqueuses a été très légère. Parfois, il n'y a eu que de rares pustules sur la muqueuse de la bouche. Dans 5 cas, l'éruption sur les muqueuses a fait entièrement défaut.

II

Le traitement a différé suivant les cas. Il a été basé sur l'intensité de l'éruption.

Suivant le nombre des pustules, les malades ont été soumis au traitement hygiénique simple ou au traitement antiseptique par les bains de sublimé.

117 malades ont eu une variole assez discrète pour qu'il ait paru suffisant de les soumettre à un traitement simple, purement symptomatique. Parmi ces malades, quelques-uns ont eu une variole vraie. La plupart ont eu une varioloïde.

Le traitement de ces cas légers a consisté en applications de vaseline boriquée dans les points où l'éruption était quelque peu abondante, en gargarismes et en lavages à l'eau boriquée. Des bains simples étaient prescrits pendant la dessiccation.

Sur ces 117 malades, 4 ont succombé.

1° Un enfant de 2 mois, non vacciné, qui avait été contaminé par sa mère.

2° Un enfant de 17 mois, qui succomba à une broncho-pneumonie;

3° Une malade qui, après avoir eu une éruption discrète, fut prise, au dixième jour de sa maladie, de phénomènes méningitiques. A l'autopsie, on trouva des lésions de méningite suppurée.

4° Une malade de 64 ans, qui avait également une variole discrète. Cette variole devint hémorrhagique après l'éruption. A l'autopsie, on trouva des lésions de tuberculose diffuse des poumons et un volumineux kyste de l'ovaire.

80 malades, qui avaient tous une éruption abondante, ont été soumis au traitement par les bains de sublimé, institué à l'hôpital d'Aubervilliers par mon collègue le docteur Talamon et mis en pratique par la plupart des médecins du Bureau central qui se sont succédé depuis lui dans cet hôpital.

Ce mode de traitement de la variole est actuellement bien connu, grâce aux travaux de Talamon et à la thèse de son élève Emerit. Je me bornerai donc à dire les modifications techniques qu'il a subies les conditions dans lesquelles il a été appliqué et les résultats qu'il a donnés.

Le traitement a toujours été commencé le plus tôt possible. Les malades qui avaient une éruption abondante ont été traités par le sublimé dès leur entrée à l'hôpital, quelle que fût la période de la maladie. Souvent, le traitement n'a pu être commencé qu'au moment où la pustulation était déjà accomplie. Parfois, même, la suppuration était complètement établie. Dans quelques cas favorables, le traitement a été commencé à la période de papulation. C'est en pareille circonstance qu'on obtient les résultats les plus favorables au point de vue de l'évolution, de la durée et du pronostic de la maladie. On ne saurait trop insister sur ce point dès que la variole est diagnostiquée : le traitement antiseptique doit être commencé le plus tôt possible. Dans les milieux épidémiques, quand une contagion antérieure permet de diagnostiquer la variole à la période prodromique, avant toute éruption, il y a grand avantage à instituer le traitement avant même la sortie des papules. Il n'y a, en tout cas, aucun inconvénient à le faire, car l'expérience a montré que les bains, même froids, au lieu d'empêcher l éruption de se faire, favorisent la sortie des boutons et modifient heureusement les phénomènes nerveux, souvent si graves pendant les prodromes.

A l'hôpital, il est rare de pouvoir commencer le traitement dès le début de la maladie. Le plus souvent, l'éruption est faite quand on voit le malade pour la première fois.

III

Technique du traitement. — Le traitement a consisté en bains et en applications locales de sublimé.

Les malades ont été baignés 2 fois par jours à intervalles régulièrement espacés. Le bain à la température ordinaire (de 33° à 35°) durait 1/4 d'heure.

Chaque bain renfermait 10 grammes de sublimé dissous dans l'alcool.

On a donné deux bains par jour jusqu'à la chute définitive de la température, plus souvent jusqu'à la fin de la période de suppuration. Pendant la dessiccation, les malades prenaient un seul bain dans les 24 heures. Une fois les croûtes tombées en majeure partie, les bains de sublimé étaient remplacés par des bains simples, additionnés parfois d'acide borique.

Les bains de sublimé agissent sur les pustules du tronc et des membres. Leur action est nulle sur les pustules de la face.

Pour faire bénéficier de l'action du sublimé cette partie du corps, où il importe surtout d'éviter la formation des cicatrices, on a proposé divers modes de pansement des pustules. On a proposé des badigeonnages avec la glycérine au sublimé ou des pulvérisations avec le sublimé dissous dans l'alcool. Après quelques essais, je me suis arrêté au pansement suivant, qui m'a paru donner de bons résultats.

J'ai fait couvrir la tête des malades avec des bandes de tarlatane trempées dans une solution de sublimé à 50 centigr. par litre. Le cuir chevelu et la nuque étaient complètement couverts par les bandes de tarlatane. Une bande de tarlatane, avec un prolongement en forme de languette sur le nez, cachait le front et descendait jusqu'aux sourcils. Une autre bande encadrait la figure, recouvrant le plus complètement possible le menton et les joues. Enfin, une dernière bande, taillée en forme de sablier était passée sous le nez, entre le nez et la bouche et rejoignait par ses bords les bandes latérales.

De cette manière, la tête était enfermée dans une sorte de casque de tarlatane, qui ne laissait à l'air que les yeux, l'orifice du nez et la bouche et formait un pansement occlusif presque complet.

Les bandes de tarlatane étaient laissées à demeure pendant toute la durée de la maladie. Pour empêcher la tarlatane de se dessécher et assurer l'immersion constante des pustules, on pulvérisait plusieurs fois par jour une solution de sublimé sur les bandes ou on les imbibait avec de l'ouate hydrophile trempée dans cette solution.

Quand le pansement occlusif de la face est appliqué dès le début de l'éruption, il a des avantages manifestes. Dans la plupart des cas, il empêche la suppuration de se faire. Les éléments éruptifs sèchent sur place.

L'action du pansement est évidente quand on compare les parties de la face couvertes par la tarlatane avec les parties qui sont restées à l'air. Après l'enlèvement du pansement, les narines, les paupières, les lèvres sont couvertes de croûtes volumineuses, alors que, dans le reste de la figure qui a été protégé par la tarlatane, les croûtes sont peu nombreuses, de petit volume et tout à fait superficielles.

Pour mettre en évidence les résultats fournis par ce pansement occlusif, il m'est arrivé plusieurs fois de l'appliquer sur un membre et de laisser

à l'air le membre correspondant. En pareil cas, si le pansement est appliqué en temps utile, l'éruption avorte de son côté. Les pustules se terminent rapidement par une dessiccation insignifiante. La peau du membre ne présente que des croûtelles de petit volume. Au contraire, dans le membre laissé à l'air, l'éruption évolue avec ses caractères ordinaires. La suppuration se fait, la peau se couvre de croûtes volumineuses qui laissent à leur suite des cicatrices plus ou moins étendues. Au moment où on retire le pansement, on est frappé du contraste qui existe dans l'état des deux membres.

L'action du pansement occlusif est manifeste quand il est appliqué dès le début de l'éruption. A une période plus avancée de la maladie, il est moins efficace. Mais il m'a paru cependant diminuer l'intensité et la durée de la suppuration. A tout moment de la variole, il a l'avantage d'empêcher les infections secondaires et de rendre ainsi la cicatrisation du derme plus rapide et plus régulière.

J'ajoute que ce pansement est parfaitement toléré par les malades. Chez aucun des varioleux traités de cette manière je n'ai observé la dermite ou les éruptions vésiculeuses qui compliquent parfois les applications locales de sublimé. Le prurit, si incommode pendant la dessiccation, fait souvent défaut.

IV

Les pustules des muqueuses sont souvent une cause de complications et de dangers. Il était nécessaire de compléter le traitement par le sublimé, qui agit seulement sur les pustules de la peau, par un traitement local des pustules siégeant sur les muqueuses accessibles.

Les lavages avec des solutions antiseptiques ont répondu à cette indication.

Pour la bouche, où le sublimé ne pouvait être employé, il a été remplacé par des lavages et des gargarismes répétés avec une solution boriquée forte. Sur la muqueuse des organes génitaux externes de la femme, où l'éruption est souvent très abondante, j'ai fait appliquer d'une manière permanente des compresses de tarlatane imbibée de sublimé. Chez une malade enceinte de 3 mois, qui avait une éruption confluente sur la muqueuse de la vulve, l'application des compresses de sublimé a donné d'excellents résultats. L'éruption variolique s'est affaissée sans suppurer. La malade a guéri de sa variole et la grossesse a poursuivi son cours régulier.

Quand des douleurs sur le trajet du gros intestin, des selles diarrhéiques, parfois des hémorrhagies intestinales m'ont fait soupçonner l'existence de pustules sur la muqueuse du gros intestin, j'ai prescrit des lavements à l'eau boriquée ou à l'eau naphtolée.

Les yeux ont été lavés fréquemment avec une solution boriquée chaude. Grâce à ces lavages, je n'ai observé qu'une seule complication oculaire. Une malade a eu trois ulcérations superficielles de la cornée, qui ont guéri rapidement par des pulvérisations d'iodoforme.

Au point de vue du régime, tous les malades, sans exception, ont été mis au régime lacté, avec la recommandation faite aux malades qui avaient des

pustules sur la muqueuse buccale de n'avaler leur lait qu'après des lavages répétés de la bouche avec la solution boriquée.

La diète lactée a été prescrite pendant toute la durée de la fièvre. L'alimentation ordinaire n'a été reprise que deux ou trois jours après la chute définitive de la température.

Aucun médicament n'a été donné à l'intérieur ou injecté sous la peau. Seuls, quelques malades adynamiques ont pris des potions de Todd.

V

L'observation des malades soignés à l'hôpital d'Aubervilliers pendant l'année 1892 a montré une fois de plus que le traitement de la variole par le sublimé ne présentait aucun danger.

Sur 80 malades qui ont été traités par le sublimé, je n'ai observé qu'un seul accident d'hydrargyrisme. Une malade, enceinte de 7 mois, qui avait une variole cohérente-confluente grave, a été atteinte de stomatite mercurielle pendant la convalescence. La stomatite fut peu intense et ne s'accompagna d'aucun autre accident d'hydrargyrisme. Elle guérit en quelques jours.

1 seul cas de stomatite sur 80 cas de varioles soignées par les bains et les applications de sublimé, tel est le seul accidenf imputable au traitement. Aucun malade n'a été atteint d'entérite mercurielle, de néphrite, ou de quelque autre accident grave.

Cette tolérance pour le sublimé a été d'autant plus remarquable que le traitement a été appliqué sans tenir compte de l'âge ou de l'état antérieur du sujet.

Dans certaines conditions, chez les femmes enceintes, par exemple, l'emploi de ce traitement donne les meilleurs résultats.

Quand la grossesse est près de son terme, il est tout particulièrement indiqué, car il empêche le développement des accidents puerpéraux, qui seraient à redouter si l'avortement ou l'accouchement avaient lieu pendant la maladie. Grâce à l'emploi de ce traitement, deux femmes atteintes de variole ont accouché à l'hôpital d'Aubervilliers et leurs suites de couches ont été parfaitement normales. Il n'y a pas eu d'accidents d'infection puerpérale.

VI

En résumé, 197 malades ont été soignés à l'hôpital d'Aubervilliers. Sur ces 197 malades, 15 ont succombé, soit une mortalité de 7,5 pour 100.

4 malades, pour des raisons diverses, exposées précédemment, n'ont pas été soumis au traitement par le sublimé.

1 malade, atteinte de variole hémorrhagique, a succombé le lendemain de son entrée à l'hôpital et n'a pas suivi de traitement.

Sur 80 malades soignés par la méthode antiseptique, 10 ont donc succombé. Cette statistique, qui paraît assez sombre à première vue, est en réalité très favorable, car, seuls, les malades atteints d'une variole grave ont été soumis au traitement par le sublimé.

Parmi les causes de mort, j'ai relevé :

5 fois l'adynamie dans la variole confluente ;

1 fois la suppuration diffuse du cou dans la variole confluente ;

1 fois la broncho-pneumonie dans la variole confluente :

1 fois la gangrène diffuse des poumons chez un alcoolique ;

1 fois des hémorrhagies au moment de la période de suppuration chez un tuberculeux avancé ;

1 fois l'urémie, due à une néphrite infectieuse.

Les complications non mortelles ont été rares. Les principales que j'ai observées ont été :

L'épididymite unilatérale non suppurée (1 fois) ;

La congestion pulmonaire plus ou moins intense (4 fois) ;

La broncho-pneumonie, qui a guéri (2 fois) ;

La péricardite sèche (1 fois) ;

Le phlegmatia alba dolens pendant la convalescence (2 fois) ;

L'eschare fessière (1 fois).

La plupart des malades ont guéri sans présenter pendant la convalescence les complications de furonculose, d'ecthyma et d'abcès superficiels multiples, si fréquents avant le traitement antiseptique de la variole. L'érysipèle n'a jamais été observé !

Les suppurations pendant la convalescence ont été observées 12 fois sur les 197 cas de variole. Dans 7 cas, elles se sont montrées chez des malades atteints de varioloïde ou de variole assez légère pour n'avoir pas nécessité l'emploi des bains de sublimé ! Dans les 5 autres cas, les malades avaient été baignés jusqu'au moment de la défervescence complète. Les suppurations ont commencé pendant la convalescence, alors que les bains étaient interrompus.

La rareté des suppurations pendant la convalescence chez les malades soignés par les bains de sublimé est d'ailleurs bien connue. Elle a été mise en évidence par mes prédécesseurs à l'hôpital d'Aubervilliers. Le Dr Emerit l'a signalée dans sa thèse.

Les 12 observations de suppuration pendant la convalescence que j'ai recueillies concernaient :

1 cas de furonculose;

3 abcès sous-cutanés des bras ;

1 adéno-phlegmon de l'aine.

1 phlegmon suppuré de la jambe, suivi de lymphangite réticulaire;

1 abcès de la jambe ;

1 abcès de l'aréol du sein ;

1 abcès de la joue droite;

1 abcès de la région du genou et un phlegmon non suppuré de l'épaule droite.

1° 3 abcès sous-cutanés chez le même malade.

Un seul malade a eu des suppurations multiples. Ce malade, convalescent d'une variole extrêmement abondante, presque confluente, qui fit craindre longtemps une issue fatale, eut, pendant sa convalescence, 68 abcès disséminés à la surface du corps. La plupart de ces abcès furent ouverts par le bistouri. Quelques-uns s'ouvrirent spontanément.

Ces abcès apparaissaient successivement. Chaque jour, on en découvrait 2 ou 3 nouveaux. Pendant plus d'un mois, la reproduction des abcès fut incessante. Comme le malade dépérissait sous l'inflence de ces suppura-

tions multiples et de la fièvre qu'elles entretenaient, je me décidai à le faire mettre dans un bain renfermant 300 grammes d'eau boriquée. Ce bain était tenu constamment à la température de 36°; l'eau en était renouvelée toutes les 12 heures.

Le malade, surveillé par un infirmier, fut laissé dans ce bain pendant 4 jours. Les 2 premiers jours, on ouvrit encore 3 abcès qui étaient en voie de formation, quand le malade fut plongé dans le bain. Passé ce temps, aucun nouvel abcès ne se forma. Après une immersion de 4 jours dans l'eau, le malade fut débarrassé complètement de ses suppurations.

Il guérit et quitta l'hôpital en parfait étet.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

MÉDECINE

Spasme de la glotte dans l'hystérie. — Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans qui, à 11 ans et à 18 ans, avait eu la chorée. Deux ans plus tard il était pris de convulsions avec perte de conscience. Enfin, au commencement de cette année, il présentait des mouvements choréiques de la langue, des contractions toniques et cloniques du bras et de la jambe gauches ; à ce niveau, anesthésie complète ; en outre, la sensibilité était fortement diminuée dans le côté correspondant de la face ; le champ visuel était intact.

M. Schultze pensa qu'il ne s'agissait pas là d'une affection organique, et porta le diagnostic d'hystérie. Le malade fut alors soigné par M. Leo, qui rapporte son observation.

Le 10 janvier dernier, le malade avait une crise convulsive ; il en eut une autre le 4 mars ; le côté gauche surtout était atteint ; le lendemain soir, nouvelle attaque, mais accompagnée celle-ci d'une dyspnée inspiratoire considérable ; le malade mourut en cinq heures. A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion viscérale ; la pie-mère qui recouvrait les circonvolutions frontales et pariétales était cependant un peu œdématiée et opaque ; de plus les cordes vocales étaient fortement tendues et rapprochées l'une de l'autre ; le diaphragme était dans la position de l'inspiration. L'autopsie confirmait donc le diagnotic.

On a rapporté des cas de spasme facial et de paralysie faciale de nature hystérique ; mais les cas de mort par hystérie sont extrêmement rares. Dans le cas de M. Leo elle a été causée par un spasme de la glotte accompagné d'un spasme du diaphragme. Il s'agissait bien d'un spasme des constricteurs de la glotte et non d'une paralysie des dilatateurs. (*Deut. méd.* Woch, août, 1893.)

Absence de la sensation de fatigue chez un tabétique. — M. Frenkel a observé un cas curieux d'absence de sensation de fatigue chez un ataxique qui présentait, en outre, une analgésie partielle et une perte des sensibilités tactile et musculaire dans tous ses membres ; ceux du côté gauche étaient surtout atteints.

Une action prolongée des muscles des bras n'amenaient pas chez ce malade la moindre sensation de fatigue ; il pouvait tenir ses bras horizontalement étendus pendant vingt-cinq minutes sans éprouver immédiatement ou plus tard la moindre lassitude.

Mais il lui fallait, pour tenir ses bras dans la position horizontale, garder les yeux ouverts. Si on lui fermait les yeux, le bras gauche s'abaissait lentement jusqu'à ce que

le contact de la main avec un objet voisin vint avertir le malade du changement de position.

M. Frenkel rechercha sur un autre tabétique si la sensation de fatigue manquait aussi, comme chez le précédent malade ; mais ce deuxième tabétique ne pouvait pas tenir pendant plus de cinq minutes ses bras dans la position horizontale; la sensation de fatigue existait chez lui. (*Neurol centr.*, 1er juillet 1893.)

Hemi-hypertrophie droite. — M. Tilanus rapporte le cas d'une jeune fille de 10 ans, d'une santé très satisfaisante, chez laquelle on constatait une hemi-hypertrophie du côté droit du corps. La moitié droite de la langue et de la face était plus large et plus épaisse que la moitié gauche ; le bras, la main, la fesse, la cuisse, la jambe, le pied droits étaient beaucoup plus gros, beaucoup plus développés que ceux du côté gauche.

Les réflexes étaient égaux et normaux des deux côtés; il en était de même des réactions éléctriques des muscles. M. Tilanus ne risque aucune hypothèse pour expliquer la cause de cette hemi-hypertrophie.

(*Münch méd. Woch*, 1893).

Alimentation des nouveau-nés. — M. Hauser a employé, à la clinique de M. Henoch en particulier, un procédé d'alimentation qui lui a donné de bons résultats; il s'est servi d'une préparation imaginée par M. Rieth, dans laquelle on ajoute à du lait de vache de la crème et du sucre de lait pour compenser la faible quantité de graisse et de sucre, et du blanc d'œuf chauffé à 130° pour compenser le manque d'albumine. Cette préparation a la même composition que le lait de femme et on la nomme « *albumine-lait* ».

M. Hauser a employé cette préparation dans tous les cas où le lait de vache, soigneusement préparé et stérilisé, ne convient pas ; or il ne convient pas : 1° chez les enfants qui le supportent bien, mais qui ne profitent pas ; 2° chez les enfants atteints de dyspepsie, etc. Depuis un an et demi, M. Hausser a employé l'albumine-lait chez une soixantaine d'enfants ; ceux-ci le prennent bien ; les vomissements cessent même chez ceux qui avaient pris sans succès d'autres préparations ; ces enfants augmentent rapidement de poids. L'albumine-lait est donné à petites doses et froid dans les cas les plus mauvais. Les selles deviennent normales et régulières.

Cette préparation est aussi très utile dans les maladies aiguës des enfants, dans le rachitisme, etc. (*Berl. Klin. Woch*, 14 août 1893.)

Identité du streptocoque pyogène et du streptocoque de l'érysipèle. — M. Knorr rapporte le cas d'un ouvrier de quarante ans qui, à la suite d'une lésion légère du gros orteil, eut un phlegmon de la région métatarso-phalangienne. Quelque temps après, des abcès métastatiques se montraient à la partie supérieure de la cuisse, à la partie supérieure du bras et dans l'articulation de l'épaule. Les cultures montrèrent que le pus de ces abcès contenait du streptocoque à l'état pur. Quatre semaines après le début de l'affection, le malade était pris de violents frissons, et un érysipèle typique, débutait au niveau du sacrum, autour d'une petite écorchure produite par le décubitus ; l'érysipèle gagna rapidement le tronc et tua le malade en deux jours.

M. Knorr compara les streptocoques des abcès avec ceux qui avaient produit l'érysipèle, et voici les résultats de cette comparaison :

Les cultures sur les milieux ordinaires furent absolument semblables ; ces cultures ne présentaient rien de spécial. Au microscope, la disposition en chaînettes était pour les deux streptocoques nettement prononcée ; les chaînettes les plus longues se composaient

de 20 à 30 éléments. La virulence des deux streptocoques était à peu près la même ; des doses de 0,2 cmc. de bouillon de culture étaient également virulentes pour les souris, qui mouraient en un ou deux jours.

S'appuyant sur la ressemblance morphologique et sur l'égalité de virulence de ces deux streptocoques (streptocoque des abcès et streptocoque de l'érysipèle), M. Knorr conclut l'identité de ces micro-organismes, du moins dans le cas qu'il vient de rapporter.

(*Berl. Klin. Woch*, n° 29.)

Traitement des stomatites par le borax. — Tandis que la stomatite reste localisée hez les enfants, elle s'étend rapidement à l'œs oph et à l'estomac chez les malades vieux et débilités; elle amène alors une certaine dysphagie qui se surajoute aux autres causes d'affaiblissement en entravant l'alimentation.

Il y a quelques années, M. Aufrecht eut à soigner, dans une même famille, deux cas de fièvre typhoïde rapidement compliqués de stomatite. Il prescrivit alors à l'intérieur une solution de 3 p. 100 de biborate de soude, dont on devait prendre une cuillerée à soupe toutes les deux heures. En quelques jours la stomatite avait disparu.

Depuis cette époque, M. Aufrecht emploie invariablement le borax toutes les fois que, chez les vieillards, il a à combattre une dysphagie qui semble due à une stomatite. Il a ainsi obtenu de très bons résultats ; cette médication ne présente aucun inconvénient.

(*Thérap. Mon.*, août.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 octobre 1893. — Présidence de M. Périer.

Anurie datant de quatre jours, due à un fibrome utérin ; hysterectomie abdominale, guérison.

La compression des uretères par un fibrome utérin est aussi exceptionnelle que grave, et la conduite à tenir en pareil cas est discutable ; c'est ce qui a engagé M. Tuffier à communiqner le fait suivant :

Une femme de 48 ans, B... Louise, entre le 5 avril 1892 dans le service de M. Th. Anger, à l'hôpital Beaujon ; elle y est admise d'urgence pour des accidents graves d'anurie. C'est une femme de taille moyenne, ayant quelque embonpoint, mais au teint pâle et jaunâtre. C'est surtout depuis quelques semaines qu'elle s'est notablement affaiblie, car elle a eu, depuis l'âge de 17 ans, six grossesses suivies d'accouchement à terme, sans accidents consécutifs. Il y a deux ans, au mois de juin 1890, elle fut opérée par laparotomie d'un fibrome utérin dans le service de M. Tillaux à l'Hôtel-Dieu. Elle porte, en effet, la cicatrice de cette première opération. Quelques mois après sa sortie de l'hôpital, elle s'apercut que son ventre grossissait ; elle n'y attacha d'ailleurs aucune importance, n'ayant à ce moment ni douleurs ni métrorrhagie. Peu à peu la tuméfaction augmenta jusqu'à prendre le volume d'une grossesse à terme, mais ce fut seulement dans la quinzaine qui précéda sont entrée à l'hôpital que des accidents se manifestèrent : c'étaient des difficultés considérables de la miction qui, après maints efforts, se traduisait par l'expulsion de quelques gouttes d'urine ; en même temps des douleurs violetes apparaissaient dans l'abdomen et dans les membres inférieurs. Quatre

jours avant son entrée, cette dysurie se transforma en anurie complète. C'est dans ces conditions que M. Tuffier vit la malade pour la première fois.

M. Tuffier constata alors une volumineuse tumeur de l'abdomen assez comparable à une grossesse à terme, avec tension considérable de la paroi. La tumeur remontait à trois travers de doigt de l'ombilic, et s'enfonçait dans l'excavation pelvienne, où elle se trouvait immobilisée complètement. La paroi antérieure du vagin était appliquée contre la paroi postérieure et toute l'excavation pelvienne, jusqu'au voisinage de la vulve était remplie par un prolongement arrondi, de consistance dure comme la tumeur abdominale et directement accolé aux parois pelviennes. Par le toucher rectal, on sentait la même tumeur bombée, surtout à l'extrême limite de la région qu'il était possible d'explorer. Les deux régions lombaires étaient douloureuses spontanément et à la pression, sans augmentation appréciable du volume des reins.

Ajoutons que l'état général était mauvais, indiquant bien un état grave d'intoxication urémique, avec céphalalgie, anxiété respiratoire, léger rétrécissement pupillaire, agitation, vomissements, constipation, etc.

M. Tuffier pratiqua immédiatement le cathétérisme de la vessie, qui ne renfermait pas une goutte d'urine. Il s'agissait donc d'une anurie consécutive à une compression bilatérale des uretères par un volumineux fibrome utérin.

On avait à choisir entre deux modes d'intervention : à rétablir le cours de l'urine par la néphrectomie ou l'uretérostomie, ou faire l'ablation pour supprimer la compression uretérale. Les accidents aigus et menaçants, d'une part, la compression intestinale qui, d'un autre côté, eût nécessité à brève échéance un anus contre nature, décidèrent M. Tuffier à faire l'opération radicale, seule susceptible de donner à la malade une survie durable.

Séance tenante, M. Tuffier pratiqua donc l'hystérectomie abdominale, avec pédicule entamé.

Dès le lendemain, la malade urinait 1,100 grammes, et, à partir de ce jour, la miction fut normale : pendant trois jours, les accidents urémiques persistèrent, puis tout s'amenda.

La malade sortit de l'hôpital en juillet 1892. M. Tuffier l'a revue en janvier 1893, six mois après l'opération, se portant très bien, n'ayant aucune douleur et pouvant travailler.

Péritonite tuberculeuse et laparotomie

M. Picqué a eu, dans une autopsie, l'occasion de voir les modifications consécutives à une laparotomie exploratrice, dans un cas de tuberculose du péritoine et des ganglions mésentériques.

Lors de l'opération, M. Picqué avait trouvé la séreuse pariétale tapissée, comme la séreuse viscérale, par de nombreux tubercules et une volumineuse masse ganglionnaire rétromésentérique. Un mois après sa sortie de l'hôpital, la malade y rentrait et succombait bientôt à un phlegmon gangréneux du cou. On put constater à l'autopsie, que la tumeur avait diminué des deux tiers et que les granulations tuberculeuses disséminées sur le péritoine avaient presque entièrement disparu.

M. Berger rappelle que, d'après l'opinion le plus généralement admise, ce sont surtout les formes ascitiques et les formes à épanchement circonscrit, séreux ou purulent, qui sont surtout justiciables de la laparotomie exploratrice.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 octobre

Glycogénie dans l'infection charbonneuse

(Note de M. Roger, présentée par M. Bouchard).

On connaît les modifications que subit la glycogénie hépatique dans un grand nombre de circonstances, mais on n'a pas encore étudié celles qui se produisent au cours des infections. C'est ce qui m'a engagé à entreprendre quelques recherches avec la bactéridie charbonneuse.

Ce microbe a la propriété de consommer le glycogène qu'on ajoute aux bouillons de culture ; au bout de vingt-quatre heures cette substance a disparu et sa transformation a été complète, car on ne trouve pas trace de sucre. Ces mêmes phénomènes se passent-ils dans l'organisme vivant ? On serait tenté de le croire tout d'abord, car chez les animaux qui succombent au charbon, le foie ne contient plus de glycogène ; mais contrairement à ce qui se passe dans les bouillons de culture, la transformation n'est pas complète : le sang et le foie renferment encore de la glycose.

On est donc conduit à étudier simultanément les variations de la glycogénie hépatique et de la glycohémie.

Dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent l'inoculation du charbon, les animaux semblent bien portants ; si on les sacrifie, on constate que le foie contient beaucoup de glycogène ; le sang renferme de 0,714 à 1 p. 1000 de sucre, c'est-à-dire des doses égales ou légèrement inférieures aux doses normales. Plus tard, apparaissent les symptômes graves de l'infection ; la température centrale s'abaisse : le sang contient de nombreuses bactéridies ; à ce moment le foie ne renferme plus de glycogène, mais le sang est plus riche en sucre qu'à l'état normal : il renferme de 2,21 à 2,97 p. 1000 de cette substance. Il semble donc qu'à la fin de la maladie charbonneuse, le glycogène hépatique soit rapidement transformé en glycose et que les tissus soient devenus incapables de consommer l'excès de sucre fourni par le foie. Mais ce qu'on comprends moins bien, c'est que les bactéridies, si nombreuses dans les organes et dans le sang, ne transforment pas ce sucre. Il faut donc admettre qu'elles ne se comportent pas de la même façon dans les bouillons de culture et dans l'organisme vivant.

Un autre résultat confirme cette manière de voir : dans la sérosité qui s'accumule parfois au point d'inoculation, on trouve toujours de grandes quantités de sucre malgré la présence des bactéridies.

En résumé, la fonction glycogénique demeure intacte pendant les premiers temps de l'infection charbonneuse ; à ce moment, la quantité de sucre contenue dans le sang est normale ou légèrement diminuée. A la fin de l'infection charbonneuse, le glycogène hépatique disparaît rapidement ; il se produit alors une notable hyperglycémie.

COURRIER

Recrutement du personnel militaire de santé. — Le cadre du corps de santé de l'armée des Etats-Unis se compose d'un surgeon général (grade de brigadier général), de six assistants surgeons générals (grade de colonel), de dix député surgeon générals (grade de lieutenant-colonel), de cinquante surgeons (rang de commandant), de cent vingt-cinq assistants surgeons (rang de premier lieutenant, première moitié de cadre, ou de

capitaine, deuxième moitié). Les promotions se font à l'ancienneté jusqu'au grade de députy surgeons général.

La solde annuelle, qui augmente de dix pour cent tous les cinq ans jusqu'à quarante pour cent, est : assistant surgeon, 1,800 dollars tant qu'il a le rang de lieutenant, et 2,000 dollars quand il a celui de capitaine; surgeons, 2,500 dollars s'élevant à 3,500 après vingt ans de service ; députy surgeons général, 4,000 dollars ; assistants surgeons général, 4,500 dollars, et surgeon général, 5,000 dollars.

— Le journal *Die Natür* rapporte, d'après M. Cypet, qu'on trouve chez certaines peuplades de l'Annam une coutume qui rappelle les mensurations anthropométriques auxquelles on se livre actuellement pour établir l'identification des criminels. Le procédé consiste à placer entre le médius et l'annulaire de la main gauche une mince baguette en bambou sur laquelle on reporte par des entailles les longueurs des phalanges, de l'ongle. Il est employé pour prouver l'identité d'un indigène qui revient dans une région après une longue absence. (*Revue scientifique.*)

Corps de santé de la marine et des colonies. — Les listes d'embarquement et de départ pour les colonies, des officiers du corps de santé de la marine, ont ainsi été arrêtées :

Médecins en chef : MM. 1. Roussel ; 2. Geoffroy ; 3. Mathis ; 4. Duchateau ; 5. Bertrand; 6. Dupont ; 7. Laugier ; 8. de Fornel ; 9. Talairach.

Médecins principaux : MM. 1. Frison ; 2. Miquel ; 3. Maget ; 4. Léo ; 5. Vergniaud; 6. Canoville; 7. A. Roux; 8. Delisle; 9. Ed. Roux; 10. Cantellauve; 11. Riche ; 12. Bodet; 13. Abelin ; 14. Barralier.

Médecins de 2e classe : MM. 1. Avérous; 2. Traonouëz ; 3. Bavay ; 4. Giraud ; 5. Reboul ; 6. Brugère ; 7. Carbonnel; 8. Grimaud; 9. Auber; 10. Durand; 11. Prigent ; 12. Le Floch; 13. Michel ; 14. Rul.

Médecins des troupes : MM. les médecins de première classe, 1. Buisson; 2. Tréguier ; 3. Castagné ; 4. Plouminé ; 5. Daliot; 6. Clavel.

MM. les médecins de deuxième classe, 1. Damian ; 2. Lucas; 3. Nouaille; 4. Faucherand ; 5. Berriat ; 6. Labouesse ; 7. Rozier ; 8. Hutre ; 9. Doublet; 10. Condé; 11. Hennequin; 1; 13.2. Duranton Guy.

Distinctions honorifiques. — Des médailles d'honneur ont été décernées aux médecins désignés ci-après, en récompense de leur dévouement lors de l'épidémie cholérique qui a sévi en 1893, dans le département du Morbihan :

Médailles de vermeil : M. Lesueur-Florent, médecin de la marine à Lorient.

Médaille d'argent : M. Lefranc, à Carnac.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

BULLETIN

—

La récente polémique engagée dans la presse médicale belge au sujet de l'admission des malades payants dans les hôpitaux, nous donne l'occasion d'aborder cette question qui touche à l'intérêt des malades et des médecins. Il est bien entendu que nous laissons de côté la salle commune qui est en quelque sorte la propriété de l'indigent et nous ne nous occuperons que des locaux disposés pour recevoir les gens susceptibles de payer les frais nécessités par les soins qui leur sont donnés.

Beaucoup de nos confrères étrangers se sont plaints de cette concurrence faite à leur clientèle par l'administration hospitalière et ont même été jusqu'à dire qu'on lésait ainsi les intérêts des véritables malheureux en disposant du matériel et de la place qui devaient leur être réservés. C'est, il est vrai, une façon d'envisager la question, mais il en est une autre que nous allons essayer de développer et qui porte sur une certaine classe de malades appartenant surtout, hâtons-nous de le dire, au domaine chirurgical.

Nous avons eu, il y a quelques semaines, l'occasion d'examiner une malade dont l'histoire, bien commune du reste, fournit un exemple frappant à la thèse que nous voulons soutenir. Il s'agissait d'une jeune femme de la classe bourgeoise à laquelle on devait, la semaine suivante, pratiquer la laparotomie pour ablation des annexes. Le jour était pris quand elle nous fut amenée à l'hôpital et à sa seule vue, à l'aisance de sa tournure, à son tour de taille nous pensâmes, ce que le toucher vint du reste nous prouver que son état n'était pas bien grave. Elle n'avait, en effet, aucune tumeur salpingée et souffrait simplement d'une métrite de date assez récente. Nous lui demandâmes qui elle avait consulté et pourquoi elle ne s'était pas adressée à un homme compétent. Sa réponse fut ce qu'elle devait être : qu'elle n'avait pas les moyens de se faire opérer par un chirurgien de renom et qu'elle n'était pas assez pauvre pour se faire soigner dans une salle commune. Voilà un cas entre mille où une personne de la classe bourgeoise, ou du petit commerce, payant l'impôt, ne peut, comme c'est après tout son droit, bénéficier des améliorations apportées chaque jour dans les hôpitaux, et on doit se demander s'il n'y aurait pas un moyen, sans léser le pauvre, de faire profiter tous ceux qui travaillent des énormes progrès que réalise chaque jour la chirurgie.

On va nous répondre immédiatement que dans la capitale il existe un établissement hospitalier qui a nom la Maison Dubois et qui a été créé dans ce but. Nous ne voulons pas ici discuter la question de la maison municipale de santé et nous nous bornerons à dire que, sans parler du choix de son médecin ou de son chirurgien, qui est impossible dans cet hôpital, il est très difficile d'y entrer faute de place. Il faut donc trouver autre chose et nous voudrions voir dans les principaux hôpitaux de Paris établir ce qui existe dans beaucoup de localités françaises et étrangères, un service de

malades payants, sur lesquels l'Assistance publique prélèverait un petit bénéfice.

Cette création serait avantageuse pour le malade, pour le médecin et ne lèserait pas les intérêts des confrères de la ville. Nous allons essayer de le prouver en prenant pour type, comme nous l'avons déjà dit, un malade atteint d'affection chirurgicale.

Ce dernier pourrait ainsi se faire opérer par le chirurgien de son choix, bénéficierait de toute l'organisation d'un service chirurgical hospitalier et ne serait pas entraîné à des dépenses dépassant les limites des sacrifices qu'il peut faire pour sa santé. Les frais d'hôpital seraient en effet réduits au minimum et les honoraires du chirurgien seraient d'autant moins élevés qu'il n'y aurait pour lui aucun dérangement. Pourrait-on l'accuser de faire de la chirurgie au rabais? Nous ne le pensons pas, il ferait plutôt œuvre charitable tout en conciliant ses intérêts et ceux de cette classe particulière de malades.

Quant aux confrères de la ville, ils n'en continueraient pas moins à donner des soins à leurs clients jusqu'au moment ou l'intervention est devenue nécessaire, c'est-à-dire au moment où d'ordinaire ils abandonnent le blessé entre les mains du chirurgien.

Nous savons bien que nous soulevons là une question fort délicate et que les arguments contre vont pleuvoir! qu'on va nous objecter que tous les malades pouvant payer vont se précipiter à l'hôpital! nous ne le pensons pas et malgré ce nouvel état de choses nous croyons que les maisons de santé auront toujours leur même clientèle riche, incapable de se faire à une discipline hospitalière. On va nous dire que le service des malades payants se fera aux dépens et aux détriments des malades ordinaires. Nous n'en voyons pas la raison et nous pensons qu'au contraire, beaucoup de lits occupés à l'heure qu'il est, par des personnes pouvant payer leur médecin ne le seront plus quand elles sauront que, leurs moyens d'existence reconnus, on peut les faire immédiatement passer dans le pavillon où on est obligé de subvenir à ses frais.

Toutes ces objections et bien d'autres, nous les livrons au public médical, prêt à les discuter, et nous pensons que la création de services payants ne léserait les intérêts de personne, bien au contraire. Nous n'en voulons pour preuve que ce qui se passe à l'étranger ou beaucoup de chirurgiens, en quittant l'hôpital ont vu la plus grande partie de leurs clients.

HYGIÈNE

BULLETIN SANITAIRE

Aucun changement important ne s'est produit dans l'évolution du choléra. Il n'a pas envahi de nouvelles contrées et n'a pas cessé de régner dans celles qu'il occupait déjà. Il y a pourtant dans la situation générale une tendance à l'amélioration. A l'étranger, c'est à Palerme et à Bilbao que les décès sont le plus nombreux ; en France, l'épidémie ne règne plus que dans la ville de Brest, et les petites localités environnantes.

A Brest, on compte de 2 à 6 décès par jour. L'hôpital maritime en reçoit toujours quelques cas, mais la mortalité n'y est pas élevée. Au village de Kerinou, dont nous avons parlé dans notre dernière revue, il y a eu 17 cas et 8 décès, du 1er au 11 octobre. Pendant la même période, on a compté, à Lambezellec, 21 cas nouveaux et 16 décès.

L'épidémie a repris avec plus d'intensité à Camaret. Dans les 11 premiers jours du mois, le choléra y a atteint 30 personnes dont 8 ont succombé. Le préfet maritime y a envoyé un médecin de 2e classe de la marine. Un infirmier maritime a été également dirigé sur la petite île de Béniguet, où plusieurs cas de choléra avaient été constatés.

La maladie n'a pas pris racine au Lazaret de Tréberon. Le décès rapide survenu le 26 septembre est demeuré stérile et on a pu diriger sur les ports de Toulon, de Rochefort et de Cherbourg les détachements de marins qui avaient terminé leur quarantaine. Des sous-officiers et des caporaux d'infanterie de marine destinés au Soudan ont été également envoyés à Bordeaux, après avoir subi une période d'observation.

On fait aussi quelques efforts pour nettoyer la ville de Brest. On a projeté, pendant un jour, dans le principal égoût de la ville, à l'aide de la pompe à vapeur de l'arsenal, de l'eau de mer amenée du port de guerre par des tuyaux de pompe à incendie ; mais, comme la pluie a commencé à tomber le lendemain, on a cessé cette projection, en se reposant, comme d'habitude, sur le ciel du soin de nettoyer la ville. Pourtant, on a répandu quelque peu de chlorure de chaux sec devant les bouches d'égout ; on a même tenté d'en répandre à l'état liquide dans les rues, mais le tonneau d'arrosage n'a pas pu fonctionner.

La ville est munie, du reste, d'une étuve à vapeur sous pression et d'un pulvérisateur Geneste et Herscher.

Ce n'est pas encore, comme on le voit, le dernier mot de la prophylaxie sanitaire.

Le reste de la France peut être considéré comme indemne, bien qu'on signale encore, de loin en loin, quelques cas de choléra isolés, dans les localités qui ont été éprouvées pendant les mois d'été.

Paris, au contraire, en est absolument exempt. Jamais son état sanitaire n'a été plus satisfaisant Le nombre des décès ne s'est élevé qu'à 764 pendant la 40e semaine de l'année (du 1er au 7 octobre). Depuis quatorze ans que le *Bulletin de statistique municipale* existe, le taux de la mortalité n'était jamais tombé aussi bas. Les diarrhées infantiles elles-mêmes, qui ont une lointaine analogie avec le choléra, sont d'un tiers moins nombreuses qu'elles ne le sont d'habitude à cette époque de l'année.

Masques respirateurs et lunettes préservatrices. — Je viens de dire qu'on n'avait pas encore trouvé de respirateur commode pour préserver les ouvriers des poussières dangereuses au milieu desquelles ils vivent. Ce n'est pas qu'on n'en ait inventé un grand nombre. Les toiles métalliques ont été employées de tout temps, par les *cantonniers et les casseurs de cailloux.* Gosse (de Genève), a proposé le premier un masque plus compliqué pour préserver les *ouvriers chapeliers secréteurs* des poussières mercurielles. En 1879, M Mercier, constructeur de machines, à la Ferté-sous-Jouarre, en a soumis au Conseil de salubrité de la Seine un autre modèle destiné à préserver les *ouvriers fabricants et rhabilleurs de meules*, contre les poussières de silex. Puis, c[illegible]t

venues *le respirateur Jeffreys*, *le masque d'Enlenberg*, masque Camus, *le respirateur Lieb*, *le masque Grell*, ceux de Paris, de Gueneau de Mussy, *la muselière du docteur Raynal O'Connor*, *le masque respirateur Wolff*, ceux de Lewald (de Breslau), de Helwig (de Halle), *le masque à double compartiment* du docteur Layet, *le respirateur* du docteur Henrot (de Reims), *le masque* de MM. Appert et *l'appareil* Soirel (1).

Tous ces appareils sont ingénieux, mais leur nombre prouve qu'aucun d'eux ne remplit complètement le but, puisqu'ils n'ont pas su se faire accepter par les ouvriers, aussi, l'*Association des industriels de France contre les accidents du travail*, vient d'ouvrir un concours pour la création d'un bon type de masque respirateur contre les poussières. Ce masque devra remplir les conditions suivantes : 1° protéger efficacement la bouche et le nez de l'ouvrier contre l'absorption des poussières; 2° ne pas être fragile, tout en étant léger, d'un port aisé et commode ; 3° être d'un prix peu élevé, d'un nettoyage et d'un entretien faciles : 4° ne pas gêner la respiration et ne pas échauffer le visage.

Maladies des ouvriers qui travaillent les faux cheveux. — Dans une série d'articles publiés dans le *Journal d'Hygiène* (2), le docteur Gélineau appelle l'attention sur le danger que présente l'industrie des faux cheveux pour les ouvriers qu'elle emploie. Cette industrie a pris un grand développement depuis une quarantaine d'années et la production indigène n'y suffisant plus, le commerce a dû s'adresser à la Chine et à l'Inde pour l'alimenter.

Les cheveux de cette provenance subissent, en arrivant en France, une préparation assez compliquée. On commence par les trier, les assortir et les démêler ; puis on les plonge dans une solution de savon noir et de carbonate de soude, pour les dégraisser. (On donne le nom de *douilleurs* aux ouvriers chargés de ce travail.) Au sortir du bain, on les réunit tête à tête et on en fait de longues mèches qu'on attache solidement près des racines. Il faut alors les assouplir et, pour cela, on les place dans des terrines remplies d'un mélange d'acide chlorhydrique et d'eau chlorée qui les amincit et les décolore; ensuite on les immerge dans une solution de savon noir et de chlorate de potasse pour les rendre moins cassants et, enfin, on leur donne la couleur qu'ils doivent avoir.

La teinte blonde s'obtient avec l'eau oxygéne, la couleur noire avec une décoction de noix de galle, de sulfate de fer, d'acide pyrogallique, ou de bois de campêche ; on y ajoute un peu de sumac pour les lustrer et leur ôter la teinte bleuâtre particulière aux cheveux de morts. Les cheveux ainsi préparés sont moins beaux que ceux qui sont coupés et vendus sans préparation ; mais, en revanche, ils ont sur ces derniers l'avantage de ne renfermer aucun parasite, aucun germe infectieux.

Les cheveux naturels viennent, en effet, des campagnes du Limousin, de la Bretagne, de la Beauce et de la Normandie ; ils sont extrêmement suspects au point de vue des principes infectieux. Or, on se contente de les nettoyer et de les dégraisser en les mêlant avec de la farine de sarazzin. On les peigne ensuite pour les débarrasser des corps étrangers et des lentes ; mais ils ne sont ni lavés ni passés au bain ; ils peuvent par conséquent contenir des germes microscopiques des maladies du cuir chevelu et les communiquer à ceux qui les portent.

Les ouvriers qui les travaillent sont encore beaucoup plus exposés à la contagion. Les *douilleurs* principalement, en déballant et en triant les cheveux de provenance exotique,

(1) Tous ces appareils ont été décrits et figurés par le docteur Layet, dans le tome V de l'*Encyclopédie d'hygiène et de médecine publiques*, page 329 et suivantes.

(2) Gélineau. Préparation des cheveux et maladies des ouvriers qui s'en occupent (*Journal d'Hygiène*, t. XVIII, nos 879, 880, 881).

vivent au milieu de poussières remplies de débris épidermiques, de lentes, de spores, de champignons parasites appartenant aux différentes espèces de teignes. Ces poussières viennent d'abord se déposer sur la pituitaire, puis elles pénètrent dans le larynx et les bronches ; aussi les ouvriers qui les aspirent sont-ils sujets à des coryzas et à des laryngites chroniques. Presque tous ont la voie enrouée et ont mal à la gorge. Enfin, lorque les sujets auxquels ont appartenu ces cheveux sont morts de maladies contagieuses, comme la variole, la scarlatine, la diphtérie, les *douilleurs* courent des chances de les contracter surtout lorsqu'ils se blessent avec les *cardes* qui servent à les démêler.

Pour les préserver de ces affections, on a conseillé aux *douilleurs* de porter des masques ; mais on n'en a pas encore trouvé qui ne soient gênants et les ouvriers ne veulent pas s'en servir. Lorsqu'ils se piquent avec les cardes, il leur est enjoint de laver la petite plaie avec une solution concentrée d'acide phénique, mais il serait utile, comme le demande le docteur Gélineau, de prescrire la désinfection préalable des cheveux introduits en France, ainsi qu'on le fait pour les drilles et chiffons provenant de pays infectés.

Les concurrents devront envoyer en double exemplaire, avant le 30 novembre 1893, le type de masque qu'ils auront créé. Une commission spéciale, chargée de l'examen des types et de leur classement, fera son rapport au Conseil de l'Association, qui pourra décerner un prix de 600 francs au candidat classé au premier rang ou diviser cette somme suivant le mérite des appareils présentés.

La Société d'Encouragement pour l'industrie nationale a, de son côté, ouvert, l'an dernier, un concours ayant pour but la confection de lunettes légères et solides, d'un port facile et commode, d'un coût modéré, qui garantissent efficacement les yeux des ouvriers contre les projections directes ou latérales de particules métalliques ou pierreuses, ou de gouttelettes en fusion. Le programme de ce concours imposait, en outre, ces deux conditions : 1° ne pas produire l'échauffement des yeux ; 2° ne pas gêner la vision de l'ouvrier.

La commissipn chargée de l'examen des nombreux types qui ont été adressés à la Société, a donné la préférence aux lunettes avec monture en fer blanc, de M. Simelbauer (de Montigny-lès-Metz).

Clôture de l'exposition d'hygiène du Havre. — Cette exposition qui était ouverte depuis le 12 août, a été remarquable et a vivement attiré l'attention des hygiénistes. Le Havre est une des villes de France où l'on s'occupe avec le plus d'ardeur des questions qui intéressent la santé publique, et surtout de celles qui ont trait à l'assainissement des villes. On sait, en effet, combien ce grand centre commercial laisse à désirer sous le rapport de la salubrité et combien il est difficile d'y porter remède. Ces obstacles ne sont cependant pas insurmontables. La ville dispose de ressources considérables ; elle a des hygiénistes de premier ordre, et son maire, M. Brindeau, dans le discours qu'il a prononcé lors de l'ouverture de l'exposition, a manifesté l'espoir que le Havre deviendrait dans l'avenir, à l'exemple de Brighton, une station sanitaire de premier ordre.

La clôture de l'Exposition a eu lieu le 3 octobre, et a été précédée de la distribution des récompenses, décernées aux personnes qui ont le plus contribué à son succès. La cérémonie était présidée par M. Monod, assisté de M. Hendlé, préfet de la Seine-Inférieure, de M. Siegfrid, député du Havre, du maire et des autorités locales. M. le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques a prononcé, à cette occasion, un long discours, dans lequel il a fait un exposé des principes qui doivent présider aujourd'hui aux mesures de police sanitaire. Nous reviendrons sur ces doctrines dans un prochain article.

MÉDECINE NAVALE

—

Quelques réflexions à propos du concours des médecins stagiaires de la marine.

Le concours d'entrée à l'Ecole de médecine navale de Bordeaux, vient de se terminer. L'importance qu'il a, non seulement au point de vue du recrutement des deux corps de santé maritime et colonial, mais au point de vue des candidats eux-mêmes, auxquels il ouvre ou ferme définitivement une carrière, fait qu'on a laissé passer presque inaperçu, dans les ports, un autre concours qui a marché parallèlement à celui-là, nous voulons parler de l'examen de classement des médecins stagiaires de 2e classe, sortis de l'école de Bordeaux au commencement de cette année, et qui vont être nommés médecins titulaires du même grade. C'est pour eux, la prise de possession de l'état d'officiers; leur rang d'inscription sur l'annuaire, leur rang d'ancienneté par conséquent, est déterminé par le classement obtenu à la suite de ces épreuves. Ce système vient de fonctionner pour la première fois et on peut dire qu'il a fonctionné un peu à l'improviste. Comme toutes les choses nouvelles et improvisées, il a des imperfections qu'il est utile d'essayer de rechercher pour les corriger, mais le principe même en est louable et les conséquences en seront heureuses.

I

Les épreuves sont au nombre de quatre, dont une écrite (Pathologie exotique, hygiène navale) et trois orales (clinique médicale, clinique chirurgicale, médecine opératoire). Il n'y a rien à dire de la première. Elle est la sanction de l'enseignement spécial donné par la marine elle-même, dans les ports de Toulon, Rochefort et Brest, aux jeunes docteurs sortis de Bordeaux, dont le stage de quelques mois a justement pour but de permettre qu'on les initie aux connaissances supplémentaires exigées par leur future profession. Une composition écrite, où le fond l'emporte sur la forme, où les concurrents jouissent de la plénitude de leur réflexion, de leur sang-froid, égalise mieux les chances et c'est bien celle qui convient ici, de même que la forme orale est parfaitement appropriée aux trois autres épreuves.

Dans tout examen oral, il y a deux procédés qu'on peut choisir. L'un consiste à laisser le candidat exposer librement son sujet pendant une période de temps dont la durée maxima est déterminée; c'est celui que le corps de santé avait adopté jadis pour ses concours annuels. L'autre consiste dans l'interrogation du candidat par ses juges; c'est l'examen proprement dit. Ces deux formes ont leurs avantages et leurs inconvénients. Dans des épreuves probatoires, l'interrogation est préférable. Elle permet de s'assurer de l'étendue et de la solidité de l'instruction par la latitude qu'elle donne de varier les questions, d'effleurer vingt sujets, ou d'approfondir un point particulier.

Mais, à notre avis, elle passe au second rang dans un concours, alors que l'instruction nécessaire est supposée acquise, que des certificats et des diplômes nombreux ont consacré et couronné les études faites. Ce qu'il faut surtout alors, et la libre exposition d'un sujet permet seule d'y arriver, c'est de mettre en relief les qualités personnelles de chaque intelligence : l'ordre et la méthode, par le plan que chacun adopte pour traiter la question; la clarté et la précision par l'exposé même des faits qu'elle contient; le jugement, par la justesse des proportions données au développement de ses diverses parties; la facilité enfin et l'élégance de la diction qui pour avoir un moindre prix, sont loin cependant d'être négligeables.

Quant à la combinaison des deux méthodes, elle est, croyons-nous, le dernier parti à prendre : C'est à celui-là qu'on s'est arrêté. Le candidat débute comme s'il allait faire

une leçon, puis, au bout de cinq ou dix minutes, il est interrompu, et l'interrogation proprement dite commence. Il en est dérouté, dépisté ; il suit mal les trois examinateurs qui le questionnent sur un même suj et, chacun suivant la tournure ou les tendances particulières de son esprit ; il se trouble, il ne donne pas l'expression de sa valeur réelle. Cela est à modifier.

II

Bien que le mode d'examen qui a été adopté prête à quelques critiques de forme, les résultats fournis par l'ensemble des épreuves n'en sont pas moins intéressants à étudier. Ils ont été considérés comme satisfaisants, malgré la faiblesse de quelques parties. Il serait impossible, par exemple, de ne pas formuler des regrets à propos de l'insuffisance de la médecine opératoire. Beaucoup de ces jeunes médecins vont être prochainement livrés à leurs seules ressources dans des postes ou sur des navires, où, sans chefs, sans conseils, sans appui, ils se trouveront aux prises, je ne dis pas avec ces difficultés de la pratique que les maîtres eux-mêmes rencontrent jusqu'à la fin de leur carrière, mais avec des cas d'urgence, bien connus, bien réglés, qui exigent seulement des notions anatomiques sûres et une habileté manuelle acquise par un fréquent exercice Or, d'une façon générale, il y aurait eu beaucoup à désirer sous ce rapport.

Les deux cliniques externe et interne ont été très supérieures à la médecine opératoire, encore que l'examen des malades ressortissant à la chirurgie aient montré, dit-on, beaucoup de lacunes, moins dans le diagnostic que dans le traitement. C'est une tout autre chose, en effet, de suivre passivement, fût-ce avec assiduité, une visite d'hôpital et d'assister à une opération, ou d'avoir, comme autrefois les étudiants et les aide-médecins dans les ports, un rôle actif dans cette visite ou dans cette opération ; de dépanser et de panser soi-même les blessés ; de rédiger leurs observations ; de préparer de ses mains l'appareil instrumental ; d'être un aide important de l'acte chirurgical. La pratique de l'hôpital permet seule d'acquérir certaines notions, de se familiariser avec le maniement d'un matériel compliqué, de posséder à fond, outre les règles de la thérapeutique, les mille moyens de réaliser les indications qu'on a sû reconnaître. Et, je le répète, il ne faut pas entendre par « la pratique de l'hôpital » une promenade quotidienne dans une salle de malades, à la suite du chef de service, quelque attention, quelque désir d'apprendre qu'on y apporte. Cette lacune dans l'instruction pratique des médecins stagiaires de 2e classe mérite qu'on s'en préoccupe pour l'avenir.

III

Dès maintenant, il y a une amélioration très sérieuse à apporter au concours.

En effet, tel qu'il a été institué pour cette année, il présente cette défectuosité capitale, de n'avoir pas de sanction. Les épreuves ne sont pas éliminatoires, dès lors, l'intérêt qu'elles offrent et les efforts qu'elles sollicitent se réduisent à presque rien. Il serait utile que les candidats vraiment insuffisants pussent être déclarés inadmissibles et être soumis, trois ou six mois plus tard, suivant le cas, à un nouvel examen portant soit sur l'ensemble des matières, soit seulement sur celles où ils auraient été trop faibles.

Ce n'est pas tout. Le classement consécutif au concours se fait en tenant compte pour les *trois quarts*, des points obtenus à l'école de Bordeaux et, pour *un quart*, de ceux obtenus aux épreuves. Cette proportion est fâcheuse, si l'on songe que les points acquis à Bordeaux ne représentent pas uniquement les notes de travail et d'instruction données par la faculté et par les répétiteurs de l'école, mais que les ***notes de conduite*** en forment l'élément le plus important.

Des fautes parfois si légères, si puériles qu'il semble incroyable qu'on en tienne rigueur à des hommes qui ont de vingt à vingt-six ans, se livrent sérieusement à de études graves et auront, le lendemain, un grade assimilé à celui de lieutenant, ne de vraient pas contrebalancer la valeur professionnelle et l'instruction technique.

Nous ne voulons que glisser sur ce point qui vraiment prêterait peut-être à rire, si nous ajoutions surtout que les surveillants chargés de découvrir et de signaler ces fautes sont de simples adjudants de marine, admirables sous-officiers d'ailleurs, mais trop habitués, par métier à « f...icher les matelots sur le cahier de punition » pour les motifs les plus invraisemblables. Les élèves d'une école supérieure ne sauraient être considérés comme des collégiens.

Pour résumer les réflexions qui ont fait l'objet de cet article, nous demanderons volontiers :

1° Qu'on modifiât la forme des épreuves orales;

2° Que l'insuffisance notoire eût une sanction efficace dans un ajournement d'une durée à déterminer;

3° Que les notes de sortie de l'école de Bordeaux n'aient plus qu'un coëfficient égal à celui des notes d'examen;

4° Qu'on étudiât une meilleure utilisation du stage intermédiaire entre la sortie de l'école supérieure de Bordeaux et la titularisation des stagiaires.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 octobre 1893. — Présidence de M. Fernet.

Observations sur 159 cas d'oreillons

M. Catrin (Val-de-Grâce) a observé, pendant l'hiver 1892 et le printemps 1893, 159 cas d'oreillons. L'examen attentif de tous ces cas lui a permis de faire d'intéressantes remarques sur l'affection ourlienne. Voici les principales :

1° Les oreillons débutent indifféremment par les côtés droit ou gauche; le plus souvent la tuméfaction des deux parotides se fait successivement, dans un laps de temps qui varie de quelques heures à cinq jours.

2° Les prodromes sont la règle : frissons, courbature. 62 fois sur 100, on constate en même temps une inflammation de l'arrière-gorge.

3° Quatre-vingts fois sur cent, on constate, au début, une fièvre ordinairement de faible intensité et de courte durée, mais la température s'élève parfois à 40 degrés et peut durer quatre jours.

4° Le pronostic des oreillons, les menaces de complications ne sont nullement indiqués par le développement plus ou moins considérable des tumeurs ni par l'intensité de la douleur.

5° Cinquante fois sur cent les glandes sous-maxillaires participent au processus

6° La durée du traitement doit toujours être longue, — au moins quinze ou vingt jours.

7° Les oreillons atteignent surtout les jeunes soldats.

8° La contagion est évidente, mais un faible obstacle suffit pour arrêter le germe, et il faut un contact intime prolongé pour que la maladie se propage.

9° L'incubation paraît toujours assez longue (quinze à vingt jours). Les récidives

d'oreillons ne paraissent pas aussi exceptionnelles qu'on l'avait cru ; elles se produisent dans 6 pour 100 des cas environ.

10° Il faut distinguer l'orchite ourlienne vraie de la simple fluxion testiculaire, laquelle ne paraît jamais suivie d'altération de la glande ;

11° Avant d'admettre l'existence d'une orchite ourlienne d'emblée, il faudra toujours songer à la possibilité d'oreillons frustes antérieurs, et ne pas oublier les oreillons sous-maxillaires ;

12° Parmi les autres complications des oreillons, il faut citer : le rhumatisme, les otites, les œdèmes localisés, l'endocardite, l'albuminurie, l'arthrite purulente.

On n'a jamais observé de complications méningées, de troubles de la vision, de troubles mentaux.

M. Antony (Val-de-Grâce) a observé souvent, dans l'épidémie dont parle M. Catrin, une tuméfaction des glandes sous-maxillaires précédant la tuméfaction des parotides ; les angines prémonitaires ne sont pas graves ; enfin la sécheresse de la bouche est également très fréquente dès le début de l'affection.

La contamination par le linge et les vêtements a été mise en évidence par plusieurs cas d'oreillons survenus chez des infirmiers qui avaient simplement manié des vêtements appartenant à des malades.

L'officiat de santé et la loi du 30 novembre 1892

Le ministre de l'instruction publique, vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante relative à l'officiat de santé et à la loi du 30 novembre 1892 :

Paris, le 9 octobre 1893.

Monsieur le recteur, la mise en exécution, à dater du 1er décembre prochain, de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine soulève, en ce qui concerne les études pour l'officiat de santé, un certain nombre de questions qu'il importe de résoudre avant le début de l'année scolaire.

Tout d'abord il va sans dire que les étudiants qui ont commencé leurs études en vue de l'officiat ont le droit de les continuer. Mais il m'a été demandé si les jeunes gens qui possèdent les grades, titres ou certificats précédemment requis pour l'inscription en vue de l'officiat pourraient encore prendre leur première inscription au mois de novembre prochain.

L'affirmative n'est pas douteuse. La loi porte la date du 30 novembre. En vertu de son article 34, elle n'est exécutoire qu'un an après sa promulgation, c'est-à-dire le 1er décembre 1893. D'autre part, elle dispose en son article 31 que « les élèves qui, au moment de l'application de la présente loi, auront pris leur première inscription, pourront continuer leurs études médicales et obtenir le diplôme d'officier de santé. » Il en résulte que quiconque se trouve dans les conditions réglementaires peut, jusqu'au 1er décembre prochain, exclusivement, terme de rigueur, prendre la première inscription en vue de l'officiat.

La loi précédente sur l'exercice de la médecine interdisait à l'officier de santé d'exercer sa profession en dehors du département pour lequel il s'était présenté. Les règlements rendus en exécution de cette disposition faisaient obligation à l'étudiant en officiat de s'inscrire dans l'établissement, faculté ou école, dans le ressort duquel était compris le département où il se proposait d'exercer.

La loi du 30 novembre 1892 a disposé, article 29, que les officiers de santé, sans exception, qu'ils aient été reçus avant ou après cette date, « auront le droit d'exercer la médecine sur tout le territoire de la République ». Et comme l'article 36 abroge, en

même temps que les dispositions de la loi de ventôse an XI, toutes les dispositions des lois et règlements contraires à la loi nouvelle, il en résulte qu'à dater du 1er décembre 1893 sont abrogées toutes les dispositions réglementaires relatives aux circonscriptions des divers établissements d'enseignement médical, en ce qui concerne les études pour l'officiat et la réception des officiers de santé.

Tant qu'il restera des étudiants en officiat inscrits dans les écoles, les jurys fonctionneront comme par le passé. Cependant, comme les aspirants à ce grade ne sont plus astreints à subir leurs examens définitifs dans telle faculté ou dans telle école, il pourra se faire que la constitution des jurys soit rendue superflue par l'absence de candidats. Afin d'éviter des déplacements inutiles et onéreux, les étudiants seront invités à se faire inscrire un mois plein avant la date fixée pour l'ouverture de chaque session. Aussitôt après la clôture du registre, vous m'enverrez un état des étudiants inscrits ou un état négatif.

Les sessions ont été précédemment fixées aux mois d'août et d'avril. Dans l'état actuel des choses, il n'est plus nécessaire de conserver une session en avril. La seconde session aura lieu en novembre; elle sera réservée, comme l'était la session d'avril, aux candidats ajournés à la session d'août.

De la sorte, les professeurs de faculté pourront en même temps présider les examens d'officiat et les examens de sages-femmes fixés au mois de novembre par le décret du 25 juillet 1893.

Ces dispositions sont applicables dès cette année.

Vous voudrez bien veiller personnellement à leur exécution.

Recevez, etc.

D'autre part, le ministre de l'instruction publique vient de prendre l'arrêté suivant : (à la date du 11 octobre).

Art. 1er. — Une session pour les examens d'officier de santé sera ouverte à l'avenir dans les premiers jours du mois de novembre près les écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie.

Art. 2. — La session d'avril pour les mêmes examens est supprimée.

COURRIER

—

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été promus au grade de chevalier : MM. les docteurs Devé, médecin en chef des hôpitaux de Beauvais, et Turin, médecin à Tarare.

HÔPITAUX DE PARIS. — MM. les élèves internes et externes sont prévenus que les travaux anatomiques, pour la saison d'hiver, ont commencé hier lundi 2 octobre 1893, dans l'amphithéâtre d'anatomie.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faite par M. le docteur Lesage, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

ASSAINISSEMENT DE SAINT-ANTOINE ET DE SAINT-LOUIS. — On vient de terminer, à l'hôpital

Saint-Antoine, d'importants travaux d'assainissements consistant surtout dans l'extension aux cabinets d'aisances et détritus de toute espèce de l'application du tout à l'égout. Il a fallu, dans ce but, refaire entièrement le réseau de canalisation de l'hôpital, et la dépense, a atteint près de 100,000 fr. Des travaux semblables sont en cours d'exécution à l'hôpital Saint-Louis. Enfin, on opérera de même à Tenon et successivement dans tous les autres hôpitaux non encore complètement munis du tout à l'égout.

Banquet offert sur l'initiative de la presse médicale par les médecins français aux médecins de la flotte russe. — *L'Association de la Presse médicale française* prie les médecins français qui voudront bien prendre part à cette manifestation confraternelle, d'adresser *de suite* au secrétaire de l'Association, le docteur Marcel Baudoin, 14, boulevard Saint-Germain, leur adhésion au banquet qui est offert, avec l'agrément de l'amiral Avelan, à leurs confrères russes, au Grand-Hôtel, le *Vendredi 20 octobre, à sept heures précises.*

Le prix de la souscription, *qui sera close mercredi soir, 18 octobre*, est de *vingt francs* et doit être versé en se faisant inscrire.

Pour l'Association : Dr Cornil.
Les Syndics : Dr de Ranse, Dr Cézilly.

Souscription pour la translation des restes de Voycikowski. — Dans le *Bulletin d'oculistique de Toulouse*, M. le docteur Rolland rappelle que la première opération d'ovariotomie, pratiquée en France avec succès, a été faite dans le village de Montfort, canton de Quingey (Doubs), le 28 avril 1844, par un médecin polonais alors âgé de trente-quatre ans. Il s'appelle Voycikowski. Ce Voycikowski est mort pauvre. Ses héritiers mènent à Dijon une existence des plus précaires, si bien que le cimetière de Dijon, où le corps a été enterré, devant être transformé, ils n'ont pas les ressources nécessaires pour faire face aux frais de la translation des restes de leur aïeul. M. le docteur Rolland demande que le corps médical français fasse pour le médecin de Quingey ce qui a été fait pour Daviel, et il ouvre, dans ce but, une souscription, en ajoutant : « Quand le souscripteur ne sera pas un médecin très en renom ou un professeur d'une faculté, nous n'accepterons pour souscription que deux francs.

Il est vraiment curieux de voir comment le *British médical journal* apprécie le recrutement des professeurs de la Faculté de Paris :

« Aucun médecin, dit-il, n'y peut arriver de bonne heure à une position scientifique importante ; chacun doit, pendant des années, étudier les idées de ceux qui peuvent être ses juges ; il doit faire grande attention aux idées préconçues et au parti pris de ces derniers ; il ne peut pas se spécialiser de bonne heure et ne doit pas être *prématurément original.*

« Beaucoup de temps et d'efforts doivent être employés à des études qui seront plus tard inutiles et à des travaux qu'on laissera ensuite de côté.

« A 35 ou 40 ans, le chirurgien ou le médecin qui a atteint la plate-forme a souvent perdu son originalité et sa force. Il est la créature d'un système officiel des mailles duquel il n'est pas sorti s'il aspire à entrer à l'Académie, à l'Institut, ou arriver au professorat.

« Certainement ce système exclut les incompétents et diminue le favoritisme (sans l'exclure), mais il *comprime toute originalité et toute initiative*. Ceux qui ont pu se faire nommer aux hautes positions en tirent un grand prestige s'ils ne sont pas déjà trop fatigués et s'ils ont conservé la vigueur scientifique. »

Statue de Chevreul a Angers. — L'inauguration de la statue de Chevreul doit avoir lieu, à Angers, en octobre. Un conseiller municipal de cette ville a adressé une lettre à

tous les directeurs des journaux locaux pour leur demander d'organiser à cette occasion de grandes fêtes.

INSPECTEURS DES ÉTABLISSEMENTS INSALUBRES A PARIS. — M. L. Ouvrard, docteur ès sciences, chef des travaux pratiques à l'École supérieure de pharmacie, vient d'être nommé, par le préfet de police, inspecteur des établissements classés comme dangereux, insalubres ou incommodes.

INSTRUCTION MÉDICALE DES MISSIONNAIRES. — On vient d'instituer, à Londres, sous le nom de Livingstone College, un établissement spécial pour l'instruction médicale des missionnaires. Les cours, théoriques et cliniques, dureront dix mois et porteront principalement sur les maladies des pays chauds. Les élèves sortant de cet établissement n'auront pas le droit de prendre le titre de médecin ni celui de médecin-missionnaire.

ACCROISSEMENT DU NOMBRE DES ALIÉNÉS EN IRLANDE. — On signale régulièrement l'accroissement du nombre des aliénés en Irlande. De 1,074 qu'ils étaient en 1851, ils sont maintenant 17,124 (janvier 1893). Cette augmentation est d'autant plus frappante que la population irlandaise diminue sensiblement chaque année, et ce serait une étude bien intéressante que d'en rechercher les causes. Il ne serait d'ailleurs peut-être pas bien difficile de les trouver, les deux grandes plaies dont souffre cette population étant connues : la misère et l'alcoolisme.

— A partir du mois de novembre prochain, il y aura dans cinq facultés de médecine (Berlin, Breslau, Kiel, Kœnigsberg et Marbourg) des cours spéciaux d'hygiène pour les fonctionnaires publics, dans le but de les initier aux diverses questions qui les intéressent particulièrement (hygiène de l'habitation, canalisation, alimentation, désinfection, etc.). Ces cours, d'une durée d'environ douze jours, ne sont pas obligatoires, et les auditeurs ont à payer une redevance.

— On vient de commencer à Clichy dans l'immense quadrilatère compris entre les rues d'Alsace et des Bournaires, Morice et Dubois, la construction d'un vaste hospice dû à la libéralité de M. Gonin.

L'établissement, qui sera en quelque sorte un nouveau Brézin, sera spécialement affecté aux ouvriers du fer.

L'inauguration aura lieu vraisemblablement en juillet prochain.

— M. le Dr Dujardin-Beaumetz vient de subir l'opération de la cholecystenterostomie pratiquée à Beaulieu par M. le professeur Terrier.

— *Distinctions honorifiques.* — M. Chantemesse vient d'être décoré du grand cordon du Medjidié et de la médaille du Liakat.

— *Le Bulletin médical* fait remarquer l'omission regrettable des délégués des écoles militaires du Val de Grâce de Lyon et de Bordeaux à la représentation de gala de l'Opéra.

NÉCROLOGIE. — MM. les docteurs Manes, médecin aux Eaux-Bonnes ; Aguet, médecin suisse, établi à Paris ; Jacquot, de Saint-André (Eure) ; Armentier, de Toulouse ; Ordonneau (Louis-Charles-Constant), de Mouilleron-en-Pareds (Vendée) ; Riboulot (Célestin), de Nomény (Meurthe-et-Moselle).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Hôpital de la Pitié — Docteur Paul Reclus

Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen

La discussion toujours pendante sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen semble un peu assoupie, et le débat périodique qui, depuis 1884, se déroule devant la Société de chirurgie n'a pas été repris cette année. Les arguments de part et d'autre sont épuisés, et les faits, malheureusement, ne parlent pas encore assez haut pour convaincre les adversaires. Je me bornerai donc à vous exposer quelle est, à cette heure, la position respective des deux camps en présence.

Vous savez les étapes parcourues : avant l'antisepsie, la question d'intervention ne pouvait se poser, je veux dire pratiquement, car il y a toujours des précurseurs et des apôtres pour tout prévoir et pour tout oser ; mais ouvrir le ventre était, en ces temps de complications des plaies, une entreprise trop téméraire pour des chirurgiens de bon sens. Après la découverte des pansements actuels, surtout après les merveilleux succès de la plupart des laparatomies, l'idée d'inciser les parois abdominales pour aller à la découverte des intestins perforés ou déchirés ne devait pas tarder à se produire, et nous apprîmes tout à coup que l'ouverture avait été plusieurs fois tentée, surtout en Amérique, et les succès retentissants que l'on publia n'étaient certes point pour décourager. Et de fait, bientôt la majorité de nos collègues, je parle des plus habiles et des plus savants, acceptèrent l'intervention dans les plaies pénétrantes de l'abdomen comme une des conquêtes de la chirurgie contemporaine.

Voici quel était et quel est encore leur raisonnement : Tout projectile ou tout instrument aigu qui pénètre dans le ventre y blesse une anse intestinale ; de nombreuses expériences ont été faites à ce sujet, qui nous montrent que à peine 6 ou 7 fois sur 100, l'estomac, l'intestin grêle ou le gros intestin ont échappé à la perforation. Aussi peut-on dire, en pratique, que le diagnostic de pénétration de la paroi abdominale entraîne aussi celui de pénétration de l'intestin. Interventionnistes et abstentionnistes sont ici d'accord, et il est heureux que nous ayons ce moyen grossier de nous y reconnaître, car au début de l'accident, les signes sont bien précaires et délicats qui nous révéleraient les lésions intestinales ; dans la grande majorité des cas, autant dire qu'ils font totalement défaut. Ce premier fait est donc établi, et de la pénétration de la paroi abdominale on peut conclure à la perforation de l'intestin.

Mais une perforation de l'intestin doit avoir pour conséquence fatale l'issue des matières dans la séreuse, son inoculation et l'envahissement d'une péritonite suraiguë rapidement mortelle. La clinique semblait corroborer cette affirmation et Trélat n'affirmait-il pas, sur la foi des statistiques,

que 99 p. 100 des plaies de l'intestin traitées par l'expectation ou le traitement médical étaient dévolues à la mort? La léthalité pour les lésions du gros intestin était un peu moindre, mais elle atteignait cependant 92 à 96 p. 100. La conclusion était facile à tirer : puisque, depuis l'antisepsie, la laparotomie est un jeu d'enfant, ouvrons donc le ventre, allons à la recherche de l'anse ou des anses perforées, oblitérons leurs plaies par une suture, et peut-être sauverons-nous nos opérés. En tous cas, dit Godwin, « l'état du malade ne sera pas sensiblement aggravé par l'opération », « car, dit un autre clinicien, toute la gravité des plaies de l'abdomen vient de la lésion des viscères ; la laparotomie n'y ajoute rien par elle-même ».

J'ai essayé, presque seul, je dois le dire, de remonter ce courant. J'en ai appelé tout d'abord du sombre pronostic porté par Trélat et montré par l'anatomie pathologique, la clinique et l'expérimentation, que les plaies de l'estomac, de l'intestin grêle et du gros intestin pouvaient guérir spontanément ou sous le couvert d'un traitement médical ; j'ai prouvé que certains individus dont les viscères, sont une ou plusieurs fois, perforés ont guéri de ces perforations; des examens nécropsiques pratiqués, grâce à une mort survenue par des causes indépendantes du traumatisme abdominal, ont, plusieurs fois, permis de constater cette guérison spontanée sans contestation possible, et dans un mémoire publié en collaboration avec mon ancien interne, M. Paul Noguès, j'ai pu relever un certain nombre de faits de ce genre.

Puis, avec les anciens expérimentateurs et les anciens observateurs je rappelais le mécanisme de ces guérisons spontanées. Dans certains cas, lorsque les plaies sont très petites, le parallélisme de leurs lèvres, au niveau des diverses tuniques intestinales ou stomacales peut se détruire et, malgré la solution de continuité des tissus, le trajet est oblitéré; dans d'autres cas, la muqueuse s'exprime, pour ainsi dire, au travers des autres couches et en se herniant sur la séreuse, ferme complètement la plaie intestinale; dans d'autres cas encore, l'épiploon vient entourer l'anse blessée et aveugle le trou anormal; dans d'autres enfin, une anse voisine ou un repli de mésentère, ou le péritoine pariétal, en un mot, un feuillet séreux voisin s'accole à la solution de continuité, des adhérences se font et la guérison définitive peut en être la conséquence. Et c'est ce dernier mécanisme que nous tenons pour le plus efficace et pour le plus fréquent.

Et ceci n'était point une vue de l'esprit : tous ces faits et tous ces modes de guérison s'appuient soit sur des expériences vieilles comme la physiologie, ou tout récemment recommencées par nous, soit sur l'examen de pièces que les laparotomies si fréquentes dans ces dernières années, ont permis de multiplier : le bouchon muqueux avait été nié : M. Boyer et moi nous l'avons montré existant et suffisant, c'est-à-dire s'opposant au passage des matières de l'intestin dans le péritoine, sur deux anses perforées l'une par un projectile et l'autre par un couteau ; l'arrêt des matières par la destruction du parallélisme des lèvres de la plaie a été aussi observé au cours des laparotomies, et pour ma part j'ai vu, dans une ouverture du ventre pratiquée trentre-six heures après une blessure de revolver deux orifices au moins aveuglés déjà par l'ardhérence d'une

anse voisine, qui avait empêché l'effusion des matières. Tous ces faits sont désormais indiscutables.

Nous montrions ensuite que quelques chiens pouvaient survivre à des plaies pénétrantes : trois sur six des animaux ainsi frappés ne moururent pas et l'autopsie démontrait que des adhérences précoces avec des anses voisines avaient amené la guérison. M. Estor qui, lui aussi, poursuivait des expériences analogues, mais il est vrai pour démontrer la nécessité de l'intervention dans les plaies pénétrantes, voyait aussi 3 chiens sur 6 survivre malgré la perforation d'une anse grêle. Enfin, et ceci était mon principal argument, une statistique — certainement incomplète, assurément critiquable, mais faite avec toute la rigueur que comportent des cas forcément disparates, — a été dressée par M. Noguès et par nous avec une bonne foi sur laquelle nous n'avons pas besoin d'insister. Nous avons recueilli 88 observations de plaies pénétrantes de l'abdomen par petits projectiles et traitées par l'abstention systématique; or, elle nous donne 66 guéris pour 22 morts seulement — soit une léthalité de 25 p. 100.

Cette statistique est évidemment trop favorable ; mais en voici une qu'on ne saurait récuser, car elle émane d'un chirurgien américain, Stimson, que l'on ne soupçonnera pas de zèle abstentionniste. Stimson nous donne les cas traités dans les hôpitaux à New-York douze ans avant 1885, époque où la laparotomie systématique a supplanté l'abstention. Ces cas sont au nombre de 37 sur lesquels nous trouvons 20 morts et 17 guérisons. Si la guérison s'observe ici moins fréquemment que dans notre tableau, nous pourrions expliquer cette différence par ce fait, que l'auteur a écarté de son relevé les observations où des signes très nets, douleurs, vomissements, météorisme, choc, ne venaient pas affirmer le diagnostic de perforation. Nous n'en avons pas agi ainsi dans nos relevés sachant très bien que l'intestin peut être troué sans présenter de troubles fonctionnels, de symptômes locaux ou généraux appréciables, et, malgré des critiques dont nous ne méconnaissons pas la valeur, nous préférons notre statistique à la sienne.

Mais nous ne l'acceptons pas moins telle quelle, cette statistique de Stimson, et nous voyons ce qu'est devenue l'ancienne affirmation si longtemps soutenue à la Société de chirurgie, que les plaies de l'intestin ne guérissent pas ou ne guérissent que dans la proportion de 1, 2, 3, 4 et 5 pour 100. C'est certain, elles guérissent très souvent sans intervention et je crois les succès beaucoup plus nombreux avec elle qu'avec la laparotomie. Ici est le nœud du débat et je l'étudierai, je vous l'assure, sans passion, fort ennuyé de me trouver à peu près seul de mon avis ; je cherche même à me laisser convaincre par mes collègues me disant que, après tout, il faut tenir compte de cette sorte d'unanimité qui s'est faite contre mon opinion. Et cependant les observations nouvelles ne me donnent pas tort, car, à côté de quelques succès bruyants et magnifiques, combien nombreux sont les échecs à la suite de l'intervention ! Moi-même j'ai eu trois fois recours à la laparotomie ; je l'ai pratiquée aussi rapide que possible, dès que j'ai été en présence du blessé, et trois fois la mort est survenue.

En effet, la laparotomie pour plaie pénétrante de l'abdomen est grave par elle-même : ce n'est plus cette simple ouverture du ventre, intervention sans péril et dont la mortalité se réduit presque à zéro. C'est une opération

longue, difficile et dangereuse, celle qui consiste à explorer l'intestin pour y découvrir les blessures et pour les oblitérer si elles existent. Elle est longue puisque les tableaux que nous avons dressés prouvent qu'elle peut durer deux à trois heures et que la moyenne est de sept quarts d'heure; or, il n'est pas indifférent de manipuler l'intestin pendant un tel laps de temps; il faut pour ainsi dire éplucher les anses centimètre par centimètre sur toutes leurs faces et sur tous leurs bords, car souvent les perforations ne sont pas béantes et se cachent derrière l'estomac, les régions profondes du duodénum, sous le mésentère, au fond d'un repli, et, pendant ces recherches, l'intestin inspecté, dévidé, manipulé hors de la séreuse est soumis à de nombreuses chances d'infection. L'inoculation septique risque fort de se faire et les laparotomistes les plus impeccables nous parlent de péritonites survenues à la suite de ces longues interventions.

Elle est aussi fort difficile, et nous ne savons vraiment ce que veut dire Kolloch, lorsqu'il raconte que pour oblitérer deux perforations du gros intestin et une de l'intestin grêle, il a procédé avec succès à la laparotomie « sans assistance médicale et sans aucun des accessoires regardés comme si importants dans la pratique hospitalière ». Le chirurgien qui sur une telle assurance ouvrirait un ventre, s'exposerait à de cruels mécomptes et si les « accessoires regardés comme si importants » signifient les mille détails de l'antisepsie, la péritonite prouverait par son apparition leur absolue nécessité à qui les négligerait sur la foi de Kolloch. On aveugle une première, une deuxième, une cinquième perforation, mais il y en a souvent une huitième, une quinzième, une vingtième, une vingt-huitième comme dans un cas célèbre. Et j'affirme qu'une opération est difficile lorsque des chirurgiens habiles et soigneux comme Peyrot, Périer, Nélaton et Berger, referment le ventre en laissant une perforation inoblitérée; lorsque Jordan Llyod méconnait une plaie du mésentère et une contusion de la vessie; lorsque Annandale pratique une suture qui laisse filtrer les matières intestinales, lorsque Jersey voit la gangrène se produire sur la striction de ses fils, lorsque Pozzi rétrécit des deux tiers la cavité de l'intestin, remplaçant ainsi la déchirure par un obstacle qui, si, l'opéré eût survécu, aurait substitué la mort par obstruction à la mort par péritonite; lorsque Briddon oblitère bien une plaie de l'estomac, mais laisse quatre ouvertures sur le seul jéjunum.

Elle est enfin fort dangereuse, ainsi qu'en témoignent les statistiques : le docteur Coley nous fournit le relevé aussi complet que possible, des laparotomies qui ont été pratiquées. La première comprend les observations où l'ouverture du ventre fut pratiquée dans les douze premières heures de l'accident; il y a 40 cas avec 22 décès et 18 guérisons, soit une mortalité de 55 pour 100; la deuxième renferme les faits où l'intervention n'a eu lieu qu'après la douzième heure; ils sont au nombre de 22, avec 17 décès et 5 guérisons, soit une mortalité de plus de 77 pour 100; enfin le troisième rassemble les cas où l'on ne signale pas le temps écoulé entre l'opération et le traumatisme; ils se chiffrent par 12, avec 7 morts et 5 guérisons, soit une léthalité de plus de 58 pour 100. En réunissant les trois tableaux, la moyenne de la mortalité est de 60 pour 100. Dans un tableau que j'ai dressé avec Noguès et qui porte sur 102 cas, nous comptons 37 guérisons et 65 décès, soit une mortalité de près de 63 pour 100. Norton relève 110 cas, avec une mortalité de plus de 67 pour 100. Enfin, une dernière statistique de Coley,

qui porte sur 165 cas, donne une même mortalité moyenne, c'est-à-dire 67,2 pour 100, de telle sorte que loin de s'améliorer, comme on l'affirme sans cesse, la laparotomie ne deviendrait pas plus favorable.

Je sais bien ce que l'on peut dire de ces statistiques en bloc et des cas disparates qu'elles rassemblent ; mais il ne s'en dégage pas moins l'effroyable mortalité qui suit la laparotomie. Certes, mes adversaires ne méconnaissent pas ces statistiques et Jalaguier qui les relève avec le plus grand soin, dans son excellent article, nous oppose que « aucun des blessés laparotomisés jusqu'ici en France, n'aurait guéri spontanément. Si donc, ils avaient été abandonnés à eux-mêmes, et si leurs observations avaient été publiées, on serait forcé de les inscrire au tableau nécrologique des cas traités par l'abstention. » Cette objection ne me paraît pas valable ; d'abord parce que nous ne savons absolument pas quels sont les cas qui guérissent spontanément et ceux que la mort doit terminer; l'extrême gravité des lésions constatées par le laparotomie, n'est pas un critère suffisant, car n'a-t-on pas vu un individu survivre à une double perforation par balle de chassepot ? Ensuite, ma statistique est surtout faite avec des cas français et à une époque où la laparotomie n'avait pas atteint le chiffre de 10. J'aurais donc pu les mettre dans mes relevés sans beaucoup en altérer la proportion favorable. Enfin, notre ami oublie les relevés de Stimson, portant sur les cas qui précèdent la date fatidique de 1885, époque où l'on s'abstenait toujours. Le reproche de M. Jalaguier, ne saurait donc atteindre cette statistique.

M. Chaput objecte à la doctrine générale de l'abstention, d'abord que je devrais mettre, en regard des observations de guérisons spontanées que j'ai recueillies, le chiffre complet des morts survenues après l'abstention. Mais c'est ce que j'ai essayé de faire ; j'ai inscrit, sur mon tableau, tous absolument tous les cas que j'ai trouvés dans les services, dans les mémoires spéciaux, dans les recueils ; j'ai mis les morts d'un côté, les guéris de l'autre. Que pouvais-je faire de plus ? M. Chaput dit que les chiffres de Stimson ne prouvent pas en faveur de l'expectation, puisque avec l'abstention et l'intervention, la mortalité est à peu près la même des deux côtés ; je ferai d'abord remarquer que 10 à 15 pour 100 en faveur de l'abstention ne me paraît pas à dédaigner et qu'aucune statistique sérieuse où il est parlé de laparatomie, n'a donné 44 pour 100 de succès. Et je me permettrai de rappeler en outre que Stimson a supprimé de sa statistique nombre de cas où l'intestin était peut-être — je dirai, sans doute, — troué, mais qu'il a écartés parce que aucun signe très net ne venait prouver la perforation. Or, je vous répète, que la clinique démontre que l'intestin peut être ouvert sans provoquer de symptômes locaux ou généraux appréciables.

M. Chaput nous objecte enfin que « toutes les fois que la laparotomie échoue, c'est qu'elle a été faite trop tard ou qu'on a commis des fautes opératoires, telles que : oubli d'une perforation, mauvaise suture, ou suture occasionnant un rétrécissement marqué. Inversement, quand la laparotomie sera faite de bonne heure, — dans les quatre heures — et avec une bonne technique, elle donnera des guérisons constantes, s'il n'y a pas de lésions trop considérables. » Que répondre à M. Chaput? Il sait aussi bien que nous que, dans l'immense majorité des cas, la laparotomie ne pourra être pratiquée dans les quatre premières heures après l'accident. Nos mœurs ne sont pas faites à cet appel immédiat du chirurgien ; le blessé est apporté dans

une pharmacie ou chez lui ; on cherche un médecin qui doit faire appeler lui-même un opérateur et la dixième, la quinzième heure est passée avant qu'une intervention puisse être tentée. Qu'on relise les observations et l'on verra que telle est l'histoire des neuf dixièmes de nos blessés. Opérer dans les quatre premières heures, c'est du premier coup demander l'impossible et ruiner la laparotomie dans près des trois quarts des cas.

Et puis interviendrez-vous dans tous les milieux et, l'ouverture du ventre, cette laparatomie particulièrement délicate, dirai-je' avec les minuties et les précautions infinies que nécessite l'exploration de l'intestin, avez-vous la prétention de la pratiquer ailleurs qu'à l'hôpital ou dans certaines maisons de santé ? Non, si vous ne voulez pas courir au-devant d'une catastrophe certaine, et voilà déjà que la chirurgie d'armée ne peut bénéficier de votre laparotomie précoce. Rappelez-vous ce qu'en disait Delorme au Congrès des chirurgiens Français et ce qu'il répète dans son remarquable et sage traité ? Dans les petites villes et dans les campagnes, l'intervention sera totalement impossible, et en définitive, sur tout le territoire, vous en arriverez à limiter cette intervention aux grands hôpitaux de nos grandes villes. Et, pour nous assurer le succès, sans parler des « lésions trop considérables », qui nous prémunira contre les fautes opératoires, si fréquentes dans les mains les plus habiles et les plus soigneuses ? N'avons-nous pas montré les meilleurs chirurgiens de France et de l'étranger méconnaissant plusieurs perforations, rétrécissant outre mesure le calibre de l'intestin en faisant des sutures mauvaises ?

Il est donc possible que, dans les conditions que réclame M. Chaput « les guérisons soient constantes » ; mais, ces conditions, et j'ai surtout ici, en vue les quatres premières heures de l'accident, sont le plus souvent irréalisables. Et la question se trouve posée dans les termes suivants : Lorsque le malade vous est amené, on a passé l'heure psychologique, l'opération se présente dans les conditions déplorables qui font nos statistiques actuelles, et l'argumentation de M. Chaput tombe d'elle-même. Le problème n'a pas avancé d'un pas et nous en revenons à notre point de départ et à notre discussion dont le dernier terme, en définitive, est que, à cette heure et dans les conditions spéciales de date ancienne de l'accident et d'installation opératoire insuffisante, l'abstention systématique me paraît encore donner plus de succès que nos interventions fatalement précaires.

Mais, supposons que nous arrivions à la première heure, dans un milieu où l'intervention est propice : quelle sera notre règle ? Faut-il ou ne faut-il pas intervenir ? Ainsi posée, la question est infiniment délicate : il est certain que les intestins, en pleine digestion, sont remplis de matières ; si les orifices sont nombreux et béants et si l'inoculation de la séreuse doit se faire, la laparotomie primitive avant le développement de la péritonite et le météorisme du ventre sera beaucoup plus facile et pourra donner des succès qu'il ne faudrait point espérer plus tard, lorsque les phénomènes généraux auront éclaté et lorsque les anses distendues seront devenues un obstacle presque insurmontable aux manœuvres du chirurgien. Mais, en général, rien ne décèle au premier moment la gravité des lésions ; on sait tout au plus que le blessé est ou n'est pas à jeun, mais rien ne vous indiquera si les perforations sont multiples, ni si elles sont ou non oblitérées

par le bouchon muqueux, par l'adhérence précoce de l'épiplioon ou d'une anse intestinale voisine.

Et alors que faire ? Faut-il attendre la réaction péritonéale qui indiquera l'inoculation de la séreuse ? Mais alors ne sera-t-il pas trop tard ? Les interventionnistes nous répondent : « Laparotomisez, laparotomisez toujours ; s'il n'y a pas de perforation intestinale, l'opération est innocente, et de fait dans l'immense majorité des cas on referme le ventre sans encombre et sans grand danger dans des milieux et avec un chirurgien aseptiques. Si, au contraire, les perforations existent, vous les oblitérez et vous avez quelques chances de sauver un blessé, qui, sans votre intervention, serait mort. » Voilà le raisonnement, moi, je ne l'accepte pas dans son intégralité ; je crois qu'il y a des cas où les perforations sont mieux, et à moins de frais, fermées par la nature que par le chirurgien ; je crois, comme la chose m'est arrivée une fois, qu'on peut détruire des adhérences qui eussent été suffisantes, tandis que pour aveugler des orifices anormaux il vous faut, à vous chirurgiens, toute une opération longue et qui peut tuer votre malade. Ne nous racontait-on pas qu'un de nos collègues les plus habiles ouvrait récemment un ventre pour des perforations par balle de revolver ; il trouve et ferme un orifice, puis deux, puis trois puis quatre ; mais l'état général devenait si inquiétant que, pour ne pas voir le blessé lui rester dans les mains, il ferme le ventre malgré les trous qu'il restait encore à oblitérer.

Allez-vous conclure de cette longue plaidoirie que je suis un abstentionniste quand même ? Non, et j'ai essayé de formuler les conditions cliniques qui me paraissent commander l'intervention, cette intervention à résultat si aléatoire, mais qui, enfin, me paraît alors moins précaire que l'abstention : je conseille la laparotomie quand des signes que je n'ai pas à exposer ici me font croire à l'existence d'une *hémorrhagie* ; un vaisseau est ouvert, il faut aller le fermer ; c'est une règle de chirurgie générale. Je la conseille encore lorsque l'*issue immédiate de gaz* et de *matières intestinales* par la plaie nous révèle une plaie large qui va inoculer le péritoine ; j'interviendrai aussi lorsqu'un *tympanisme localisé*, qu'on reconnaît le plus souvent à la sonorité particulière de la région hépatique, me prouve l'existence d'une perforation qui, capable de laisser fuser les gaz pourrait aussi livrer passage aux matières solides ou liquides. J'interviendrai encore lorsque la *réaction péritonéale* commence, qui prouve l'inoculation de la séreuse. Mais c'est alors bien tard et j'avoue ne pas trop insister, car si les interventionnistes nous fournissent des observations mémorables où la laparotomie a paru sauver le blessé, les abstentionnistes nous montrent aussi la péritonite tournant court et le malade survivant sans opération.

Mais, d'après ces règles, l'intervention est si souvent légitime qu'il serait sans doute plus simple de dire quand, moi qu'on range parmi les abstentionnistes les plus fervents, je déconseille l'ouverture du ventre. Eh ! mon Dieu ! j'en arrive à conclure que, malgré mon long plaidoyer, mes conclusions sont, en pratique, à peu près identiques à celles des interventionistes et je souscris à ce que dit l'un d'eux, Jalaguier, qui, lui aussi, s'abstient comme moi, « lorsqu'il voit un blessé à jeun et qui vient d'être frappé soit par un projectile de petit calibre, soit par un instrument piquant, fin et acéré, et si, après un examen attentif, il ne constate aucun symptôme local ou général ». Peut-être ma formule serait-elle à la fois plus courte et plus

large et je dirais volontiers : « Je m'abstiens lorsque, dans une plaie pénétrante de l'abdomen, aucun symptôme général, aucun signe local ne vient me forcer la main. »

Vous voyez les concessions immenses que j'ai toujours faites et que je fais de plus en plus à l'intervention, et j'espère ne pas m'arrêter là : déjà nos installations hospitalières sont telles que le plus souvent nous pouvons intervenir sans craindre d'être nuisibles au blessé par quelque inoculation septique venue de nous ou de nos instruments ; mais ce n'est pas assez et nous espérons que la technique des sutures intestinales qui a fait déjà de tels progrès qu'une instrumentation plus parfaite encore nous permettront d'oblitérer plus vite et mieux les orifices anormaux. Alors, pour atteindre l'idéal que nous promet M. Chaput, la guérison presque constante, il ne restera plus qu'à être appelé dans les quatre premières heures auprès de nos blessés transportés dans des milieux propices. Mais, en attendant que ce jour arrive, l'abstention me paraît quelquefois préférable à l'intervention à outrance défendue par la plupart de nos collègues.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 octobre 1893. — Présidence de M. Lefort

Déclaration des maladies contagieuses. — Discussion

M. Le Roy de Méricourt examinant le rapport de M. Vallin sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, estime que cette obligation sera souvent vexatoire et qu'elle pourra amener une certaine émotion chez le malade, qui sera par le fait soumis à une série de mesures prophylactiques et les familles ne verront pas sans terreur prendre toutes ces précautions, qui pourront pour ainsi dire mettre à l'index leurs maisons.

M. le Président fait remarquer que la loi existe et que l'Académie est seulement consultée pour dresser la liste des maladies qui doivent être déclarées.

M. Le Roy de Méricourt trouve exagéré de placer les affections cholériformes à côté du choléra et de provoquer pour elles des mesures que seule le choléra nécessite.

M. Lereboullet estime que la déclaration obligatoire ne doit être exigée que pour les maladies dont le danger est évident et qui sont justiciables des mesures sanitaires prophylactiques efficaces ; la rougeole n'est pas dans ce cas, il faut donc la supprimer de la liste.

M. Brouardel répond à M. Le Roy de Méricourt et montre que la question de déclaration des maladies contagieuses n'est pas nouvelle, qu'elle a été posée depuis une dizaine d'années devant le corps médical et que tout le monde aujourd'hui reconnaît l'utilité des mesures votées par les Chambres. On ne soulèvera ni émotion, ni trouble, ni panique en prenant quelques mesures prophylactiques qui seront la sauvegarde de la santé publique. D'ailleurs, les statistiques répondent suffisamment à de possibles critiques : l'année dernière, il a été pratiqué à Paris 25,825 désinfections, la plupart ont été réclamées directement par les particuliers, le plus petit nombre par les médecins.

M. Brouardel examine ensuite les différentes affections pour lesquelles M. Vallin, dans son rapport, demande la déclaration obligatoire. Il abandonne la rougeole, car il estime que la désinfection serait inutile, venant trop tardivement. A côté du choléra, il croit qu'il faut placer les affections cholériformes et rendre la déclaration de celles-ci obliga-

toire aussi bien que pour le choléra asiatique. Il est difficile, en effet, de diagnostiquer tout d'abord le choléra, les premiers cas sont d'abord isolés, ainsi qu'en témoignent les relations de la dernière épidémie du Havre ; si ces premiers cas que l'on a désignés sous les noms les plus divers, avaient été déclarés, il eut été possible de prévenir la diffusion de la maladie ; il est donc nécessaire d'englober dans une même mesure des affections qui présentent des caractères cholériformes ; les mesures prophylactiques peuvent prévenir de grands dangers.

Bien que la peste et la fièvre jaune soient rares en France, leur inscription comme maladies dont la déclaration est obligatoire s'impose.

La déclaration de la scarlatine n'est pas non plus vexatoire, car elle ne saurait être confondue qu'avec le rash de la variole et celle-ci, tout comme la varioloïde, est nécessairement contagieuse, et M. Le Roy de Méricourt ne saurait s'opposer raisonnablement à la déclaration obligatoire. La fièvre typhoïde et la dysenterie ne sauraient soulever non plus d'opposition.

En ce qui concerne la fièvre puerpérale il est certain que ce sont les sages-femmes qui, le plus souvent, propagent de proche en proche cette infection ; jusqu'à ce jour il était impossible d'interdir la pratique des accouchements, pour un certain temps, à une sage-femme qui avait eu plusieurs accidents d'infection puerpérale, la déclaration obligatoire permettra de voir se réaliser ce qui se voit en Allemagne, la disparition presque complète de cette affection contagieuse.

D'ailleurs, la déclaration de la fièvre puerpérale, de même que l'ophtalmie purulente est d'autant plus nécessaire pour la sage-femme, que celle-ci est absolument incapable — et la loi ne le lui permet pas — de traiter ces maladies qui réclament l'assistance d un médecin.

M. Brouardel termine en montrant que la mortalité de Paris qui était naguère de 25 à 23 p. 1,000 habitants, n'est plus aujourd'hui que de 16 p. 1,000, chiffre inconnu dans toutes les autres capitales, et il croit que ce résultat est dû aux mesures prophylactiques mises en vigueur.

M. Grancher déclare tout d'abord qu'il combat l'inscription de la rougeole sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire. Il faut limiter cette obligation aux seules affections capables de mesures véritablement prophylactiques, or l'isolement et la désinfection ne pourraient être pratiqués dans la rougeole, que lorsque la maladie est confirmée, à ce moment la rougeole cesse d'être contagieuse, ainsi que l'établissent les recherches de tous les médecins d'enfants ; le virus morbilleux meurt et cesse d'être dangereux aussitôt que l'éruption se montre. La déclaration obligatoire de la rougeole amenant l'isolement et la désinfection serait donc une mesure aussi vexatoire qu'inutile.

M. Vallin, rapporte quelques faits recueillis dans l'armée qui semblent établir, que si la rougeole est contagieuse pendant la période pré-éruptive, elle l'est cependant encore pendant l'éruption et même après celle-ci. L'Académie, d'ailleurs, semble l'avoir reconnu en approuvant dernièrement les conclusions du rapport de M. Ollivier, qui fixaient à 15 jours la période d'isolement des enfants atteints de rougeole et leur interdisant pendant ce temps l'accès de l'école. D'autre part, M. Cadet de Gassicourt et M. Sevestre ont insisté sur les bénifices de la désinfection chez les rubioleux.

M. Cadet de Gassicourt, dit qu'il a montré le rôle efficace de la désinfection non pas comme moyen prophylactique de la rougeole, mais seulement des complications de la rougeole et en particulier la broncho-pneumonie.

M. Kelsh, croit à la contagion de la rougeole pendant l'éruption et soutient le maintient de cette affection sur la liste des maladies contagieuses dont la déclaration est

obligatoire. Il demande en outre, à ce que le terme *épidémiques* qui, dans le rapport de M. Vallin accompagne la dysentererie soit supprimé.

M. Chauvel demande à ce qu'on substitue à la désignation d'ophtalmie purulente, celle d'ophtalmie des nouveau-nés.

M. Charpentier estime que l'obligation de la déclaration de la fièvre puerpérale ne doit pas être limitée aux sages-femmes mais encore aux médecins.

M. Le Fort pense au contraire, que la déclaration de la fièvre puerpérale et l'ophtalmie des nouveau-nés doivent être seulement obligatoires pour les sages-femmes, les médecins sachant reconnaître ces affections et les traiter.

M. Grancher demande l'obligation pour tout le monde médical en ce qui concerne ces deux affections, beaucoup de médecins ignorent qu'un panaris peut être la source d'infection perpérale.

M. Hallopeau, désire faire une réserve relativement à une maladie dont il n'est pas question dans le rapport de M. Vallin et qui, cependant, mérite par sa gravité aussi bien que par sa puissance de propagation d'attirer au plus haut degré l'attention des pouvoirs publics, c'est la *lèpre*. Son classement parmi les maladies épidémiques entraînant la déclaration obligatoire, pourrait s'imposer plus tard, si cette affection prenait quelque extension en France.

M. le Président met aux voix la liste des maladies contagieuses dont la déclaration sera rendue obligatoire. Toutes celles qui ont été énumérées dans le rapport de M. Vallin sont votées à l'exception de la *rougeole*.

***

M. le docteur F. Ledé a communiqué aujourd'hui à l'Académie de médecine une étude sur la mortalité des nouveau-nés, placés en nourrice, dans leur premier mois de placement et les rapports de cette mortalité avec les conditions actuelles du transport. Il établit que la mortalité des enfants librement placés en nourrice par leurs parents, dans leur premier mois de vie, est de 12,81 0/0 dans le premier mois de placement. — La mortalité des enfants des nourrices sur lieu, dans les mêmes conditions, s'élève à 18,23 0/0, tandis que la mortalité des enfants assistés de même catégorie n'est que 3,46 0/0. — La faible mortalité de ces derniers tient à la visite sérieuse faite à l'hospice où sont retenus les enfants les plus débiles dont la mortalité à l'hospice est, au minimun, de 8,18 0/0 et à de meilleures conditions de transport. Néanmoins, en trois années (1890, 1891, 1892), sur 179,039 naissances vivantes à Paris, 55,207 enfants ont été envoyés en nourrice et il n'a été examiné que 23,432 nourrices dites à emporter. 33,046 enfants ont donc été confiés à des nourrices sans certificats et sans aucune garantie. C'est ce que le docteur Ledé a vérifié lors de ses visites dans les gares de Paris où une nourrice sur dix a un livret ou a fait ses déclarations, les autres prennent les enfants par connaissance, ou par l'intermédiaire d'amis, de sages-femmes, et malheureusement d'agences clandestines. — Sur les 55,207 enfants, 37,955 devaient être élevés au biberon et combien d'autres destinés à mourir ? Car, si en une année, il y a 19,300 déclarations de placement, les rapports des inspecteurs départementaux constatent la présence en province de 40,405 enfants parisiens en nourrice.—Des mesures spéciales ont été prises dans le département de la Seine, mais elle ne touchent que les bureaux de placement.

L'inspection faite par l'auteur de cette étude dans les gares montre qu'il faut prendre des mesures efficaces pour améliorer le transport des nourrissons, mesures nécessitées par leur mortalité si élevée et l'utilité de conserver au moins les enfants nés en bonne santé et ne pas laisser partir des enfants moribonds. Il est opposé, jusqu'alors, à la création d'asiles où seraient élevés en grand nombre les nouveau-nés. La contagion et

la contamination rapides dans ces agglomérations d'enfants ne peuvent être que préjudiciables à la santé et à la vie des enfants.

Aussi, outre ces desiderata et malgré une opposition à la création d'asiles d'élevage tels qu'on a proposé d'en établir, demande-t-il la création d'un asile où seraient envoyées, pendant quelques jours, les nourrices ayant des nourrissons trop débiles pour supporter le voyage; si l'enfant mourait, la nourrice pourrait se procurer un autre nourrisson, éviter de nouveaux frais de voyage et être utile à une autre famille.

CORRESPONDANCE

Paris, 7 octobre 1893

*A M. L.-G. Richelot, directeur de l'*Union médicale.

Mon cher Directeur,

Dans le numéro du 28 septembre, vous me prenez aimablement à partie à propos des névralgies pelviennes.

Permettez-moi de vous dire que je ne nie pas l'existence de névralgies ; mais que je mets seulement en doute le *sine materià*. Non seulement je ne raye pas d'un trait de plume les contractures, mais je décris une sorte de contracture, qui n'est pas — à ma connaissance, du moins — signalée dans les traités de gynécologie, et que j'appelle paramétrisme. Je pense qu'une petite lésion de l'appareil tubo-ovarien, en particulier ce que je nomme subinvolution salpingienne, et aussi un simple déplacement ou une fixation anormale de l'ovaire et de la trompe, peuvent causer ce que je nomme cellulite : Cette cellulite, que les Français peuvent constater comme les Suédois, est la source des douleurs intolérables que vous connaissez. Elle peut causer de regrettables erreurs de diagnostic, et, bien que mon expérience ne soit pas encore bien vieille, j'ai déjà vu des malades traités pour des coxalgies menaçantes, pour des sciatiques, etc., qui n'avaient pas autre chose que cette cellulite entretenue par le mauvais fonctionnement, les altérations et déplacement de l'appareil génital.

Je pense qu'il faut tâcher de guérir une telle affection par d'autres procédés que les procédés radicaux, et vous êtes, j'en suis persuadé, de mon avis. La gynécologie opératoire, à laquelle nous devons de si grands progrès, doit rester un traitement de nécessité et non de choix.

Bien que je sois et veuille être encore longtemps bien réservé sur les effets du traitement que j'ai été chercher en Suède et que je prône ici, je pense que la *Kynésothérapie* massage et gymnastique de Brandt) doit être essayée dans de tels cas. Je n'entre pas dans d'autres développements. Je les ai donnés dans mon article.

J'espère que vous voudrez bien publier cette lettre dans votre journal dont j'ai été si longtemps collaborateur assidu, et auquel je demeure toujours attaché.

Croyez à mes meilleurs sentiments,

Dr H. STAPFER.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE DE 1893-1894

Les cours du semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 novembre 1893.

Cours : PHYSIQUE MÉDICALE, *M. Gariel.* — La méthode graphique. — Théorie physique de la vision. — Chaleur animale. — Mardi, jeudi, samedi, à midi (Petit Amphithéâtre).

CHIMIE MÉDICALE, *M. Gautier.* — Chimie organique médicale. — Chimie biologique. — Mécanisme de la nutrition générale et de la désassimilation. — Sources de l'énergie. — Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure (Grand Amphithéâtre).

ANATOMIE, *M. Farabeuf.* — Les artères, les veines et les nerfs. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

HISTOLOGIE, *M. Mathias-Duval.* — La cellule en générale. — L'ovule et le spermatozoïde en particulier. — Le système glandulaire ; les glandes vasculaires sanguines. — Le foie. — Le rein. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

PHYSIOLOGIE, *M. Richet.* — Système nerveux. — Muscles. — Chaleur animale. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE, *M. Lannelongue* (*M. Ricard*, agrégé, suppléant). — Pathologie chirurgicale générale. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

OPÉRATIONS ET APPAREILS, *M. Terrier.* — Méthode de pansements. — Opérations qui se pratiquent sur le crâne et sur la face. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

PATHOLOGIE MÉDICALE, *M. Dieulafoy.* — Suite des maladies des organes respiratoires. — Mardi, jeudi; samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE, *M. Straus.* — La bactériologie dans ses applications à la médecine. — Principaux microbes pathogènes. — Maladies infectieuses communes à l'homme et aux animaux. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale de l'Ecole pratique).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE, *M. Cornil.* — Anatomie pathologique générale. — Inflammations et dégénérescences. — Rôle des parasites. — Tumeurs. — Lundi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). — Mercredi, à 2 heures (Ecole pratique).

PHARMACOLOGIE, *M. Pouchet.* — Antiseptiques. — Anesthésiques et hypnotiques (tous les samedis, exercices et démonstrations pratiques au laboratoire). — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre).

HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE, *M. Laboulbène.* — Histoire des découverte en médecine et en chirurgie. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre). — Biographie et bibliographie médicales. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

(*A suivre.*)

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

*Les ateliers fermant à l'occasion des fêtes Franco-Russes, le prochain numéro de l'*Union médicale *paraîtra mercredi au lieu de mardi.*

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse est encore une question à l'étude et les communications qui ont eu lieu à la Société de chirurgie mercredi dernier, ont eu principalement pour but d'apporter des matériaux importants, qui repris plus tard, permettront de mettre au point ce sujet si intéressant.

Il est cependant un fait acquis, dès à présent, c'est que la laparotomie dans certaines formes de cette terrible affection, donne des résultats véritablement surprenants.

M. Routier, pour son compte, vient en apporter plusieurs à la tribune. Après avoir passé en revue quelques points de l'histoire du traitement par la laparotomie, il rappelle les 90 cas qu'il a rassemblés dans la *Revue de chirurgie*. Il cite les faits probants dans lesquels deux opérations successives ont montré que le liquide reformé ne contenait pas de bacilles et même que les granulations tuberculeuses tendaient vers la guérison et, sans s'y arrêter, énumère les différentes explications données pour interpréter ces résultats. Pour les uns, c'est le liquide ascitique qui s'oppose à la régression des éléments tuberculeux, et en l'évacuant on permet la réaction de l'organisme. Pour Lauestein, c'est la lumière du jour qui tue les bacilles. Pour un troisième, c'est le contact de l'air qui agit sur le microbe. Comme l'a fait remarquer M. Bouilly, toutes ces explications sont insuffisantes, et le mécanisme de la guérison est difficile à expliquer. Toujours est-il qu'il existe et M. Routier après avoir rappelé ses deux premières

FEUILLETON

Étude de mœurs

C'est seulement d'insectes qu'il s'agit. Ceux dont j'ai le dessein de vous entretenir sont deux espèces de mouches qu'on rencontre presque partout dans les pays chauds, mais particulièrement dans les îles de l'Océan Pacifique, ces petits Edens où la nature est si riche, si belle et si douce ! Je regrette de ne m'être jamais enquis du nom scientifique des deux insectes en question. Ils sont connus vulgairement sous les dénominations expressives de *mouche-gargoulette* et de *mouche-cancrelas.*

La première a la taille, la forme et le port d'une guêpe commune dont elle ne diffère que par les couleurs. Elle est noire et rouge au lieu d'être jaune et noire. Vous la connaissez maintenant comme si vous l'aviez vue. Elle construit, pour y pondre ses œufs, des petits nids en terre gâchée, d'une forme régulièrement sphérique, munis d'un petit goulot très court dont les bords sont évasés et renversés en dehors. La surface extérieure des nids présente des reliefs concentriques d'une disposition analogue à ceux

observations,consignées dans la *Revue de chirurgie*, apporte trois autres cas dont deux ont retiré les plus grands bénéfices de l'opération, pour ne pas dire la guérison et dont le troisième s'est terminé par la mort, sans que l'ascite se fût reproduite, des suites d'une tuberculose du lobe paracentral. La pratique operatoire de M. Routier est bien simple après la laparotomie, il évacue le liquide et se borne à frotter le péritoine avec des éponges aseptiques, sur lesquelles on a pulvérisé un peu d'iodoforme.

M. Bouilly prend ensuite la parole, et avec ce talent d'observation et cette clarté qui le caractérise, aborde immédiatement un point très intéressant de pathologie. Il se demande si c'est bien le péritoine qui est le point de départ de la lésion tuberculeuse et si dans certains cas il ne faut pas chercher la cause première de la péritonite dans la bacillose tubo-ovarienne. Il va même plus loin, et pense que les ascites idiopathiques des jeunes filles, bien décrites par Cruveilhier, sont de la tuberculose qui, partie des annexes, a envahi le péritoine pelvien et gagné de proche en proche. Des faits cliniques, contrôlés par l'observation, lui out permis de vérifier ce qu'il avance. Au point de vue du traitement, il a été frappé de voir la guérison se produire dans certains de ces cas sans intervention, sans médication pour ainsi dire, par la seule hygiène, et cela probablement grâce à la localisation première de la lésion.

M. Bouilly cite deux faits dans lesquels l'ascite a ainsi disparu et un autre exemple de péritonite, à forme sèche, qui fut même prise par lui pour un cas de kyste végétant, et qui, petit à petit s'améliora, de telle façon que le diagnostic de tuberculose put être fait. La malade fut suivie et est aujourd'hui presque complètement guérie.

Le chirurgien de Cochin est, bien entendu, partisan de la laparotomie quand elle est indiquée, et il en cite deux exemples dans lesquels cette ascite idiopathique de Cruveilhier était nettement sous la dépendance d'une tuberculose tubo-ovarienne, et fut guérie par l'ablation des annexes. On sait que dans les formes sèches la laparotomie, donne de bien moins bons résultats. Cependant M. Bouilly en cite une observation dans laquelle

---

de certains bivalves, les *praires*, dont les Toulonnais ne manqueront pas de régale leurs hôtes de Russie. L'intérieur, par contre, en est lisse et comme recouvert de vernis.

Ces nids, d'un volume de huit à dix centimètres cubes sont appliqués contre les murailles des maisons, sous les toits des verandahs, sur les colonnettes qui les supportent, aux linteaux des fenêtres, et, là où les habitations font défaut, aux troncs des arbres, aux anfractuosités des rochers.

C'est un spectacle plein d'intérêt que de suivre la construction très soignée d'un de ces nids.

La mouche commence par en choisir l'emplacement. Elle trottine, d'un air affairé, du bas du mur à la corniche, quitte le mur pour les solives du toit, explore les poutres fait le tour d'une colonne, revient au mur, le tâte de ses antennes, le palpe, semble le flairer, puis, son parti bien arrêté, elle s'envole. L'emplacement est choisi; il reste à faire choix des matériaux. Elle se pose tour à tour, sur le sable d'une allée de jardin, sur le terreau des plates-bandes, à l'aisselle, couverte de fine poussière, des grandes feuilles des cactus, des aloès, des yuccas, des pandanus. On la voit s'agiter fiévreusement, s'escrimer des pattes et des mandibules, tourner cent fois sur place, tant et si bien qu'au bout de quelques instants elle repart, tenant entre sa première paire de

l'amélioration est aujourd'hui considérableet peut faire espérer la guérison.

De ce que nous venons de dire on peut, avec M. Bouilly, tirer les conclusions suivantes: que chez la femme, la forme de péritonite tuberculeuse avec ascite peut être sous la dépendance d'une localisation bacillaire dans les annexes et que leur extirpation peut amener la guérison ; que, dans la forme sèche, on peut intervenir quand l'état général est bon et si on a la main forcée par des indications locales, telles que compression, douleurs et constipation.

Quatre laparotomies par péritonites tuberculeuse ont permis à M. Bazy de vérifier ce que vient de dire M. Bouilly. La tuberculisation des annexes était manifeste et s'accompagnait d'une ascite considérable et de granulations dans la glande séreuse. Les inoculations ont, du reste, été toutes positives. Sur ces quatre malades deux seules ont pu être suivies. La première peut être considérée comme guérie, car l'opération date de quatre ans et aujourd'hui le ventre est absolument sain ; mais, il faut faire remarquer que peu de temps après la laparotomie, une ponction fut jugée nécessaire. La deuxième opérée se porte parfaitement et l'intervention remonte à deux ans. La guérison spontanée n'est pas non plus aussi rare qu'on pourrait le croire. M. Bazy en possède un exemple. Il fit bien une ponction, mais simplement à cause de la gêne mécanique.

La deuxième partie de la séaance a été occupée par un rapport de M. Reynier sur une observation de M. Isch-Wall ayant pour titre : *La résection veineuse pour remédier aux accidents emboliques* Il s'agissait d'un malade atteint de phlébite de la saphène ayant déterminé des accidents pulmonaires. Le patient était dans un état grave. La résection de la saphène fut pratiquée en pleine phlébite aiguë et la guérison s'en suivit. M. Reynier insiste sur l'intervention faite en pleine période inflammatoire et M. Quenu lui fait remarquer que les opérations au cours d'une phlébite aiguë ou subaiguë sont nombreuses. Il en a pratiqué pour sa part. Maurice Raynaud, en 1870, a conseillé et peut-être fait la résection de la veine femorale dans

pattes et ses mâchoires une petite boulette de terre molle, agglomérée par sa salive et grosse comme un très petit pois. Chargée de ce fardeau elle revient, sans se tromper, à l'endroit qu'elle a marqué, y applique le morceau qu'elle a si soigneusement gâché et l'étire, l'allonge de façon à en former une assise représentant environ les trois quarts d'une circonférence. Quand elle y a réussi, elle se retourne de façon à n'avoir plus que la tête dans l'intérieur de la circonférence, qu'elle parcourt rapidement d'une extrémité à l'autre, effaçant les aspérités, lissant toute la surface, l'enduisant de salive et lui donnant un poli parfait. Elle repart alors pour préparer une nouvelle provision de mortier dont elle fera une seconde assise, en saillie sur la première et vernie comme celle-ci à l'intérieur. Le travail se continue ainsi, le cercle devenant de plus en plus complet, de sorte que les nouvelles assises reposent tout entières sur les précédentes. Elles sont allées en s'élargissant d'abord, bientôt leur diamètre diminue graduellement, jusqu'à ne plus représenter qu'un orifice de deux ou trois millimètres de largeur. Encore une petite boule d'argile et voici le goulot qui se dessine aussi élégant et régulier que pourrait le faire un très habile potier auquel une fée aurait prêté ses doigts. La mouche, alors, s'accroupit sur le rebord du goulot, elle y introduit les derniers anneaux de son abdomen et y pond un œuf très allongé et très mince qui reste sus-

le cas d'infection purulente et on hésite pas à opérer les hémorrhoïdes enflammées.

M. Terrier rappelle qu'à Alfort il a sur des chevaux réséqué la veine jugulaire pour enlever les caillots et traiter la phlébite déterminée par l'opération de la saignée. M. Reclus rappelle une observation de Rigault, de Nancy, analogue à celle de M. Isch-Wall. Enfin, MM. Marchand et Chauvel citent les cas dans lesquels on a réséqué la jugulaire interne et même gratté le sinus latéral pour phlébite de ces conduits et la discussion est close.

Avant de se séparer, M. le président rappelle que c'est mercredi prochain qu'a lieu, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, la séance solennelle du cinquantenaire de la fondation de la société de chirurgie.

Eugène Rochard.

Des laits stérilisés à l'usage du nourrisson

Si nous revenons aujourd'hui sur l'emploi du lait stérilisé chez le nourrisson, c'est que cete question nous paraît mal comprise. Il faut que le médecin mette en garde ses clients contre la facilité avec laquelle, croyant posséder un moyen sûr, infaillible, certains d'entre eux veulent, malgré tout, faire de l'alimentation artificielle. Plus de mauvais lait, donc plus de troubles digestifs puisque nous possédons le lait stérilisé. Et nous avons vu des familles mettre en cave pour plusieurs semaines la provision de lait de leur enfant, d'autres, en partant pour la campagne, emportent ou font venir dans des caisses des centaines de flacons qui, mis en réserve, auront l'avantage, pendant le temps du déplacement d'éviter un changement de lait à l'enfant.

C'est là, nous n'hésitons pas à le dire, une pratique mauvaise, dangereuse, condamnable à plusieurs points de vue.

Le lait stérilisé, si on est obligé de recourir à l'alimentation artificielle ou mixte, constitue un réel progrès, personne ne peut aujourd'hui le contester sérieusement; mais quand il s'agit de l'être fragile qu'est le nourrisson, on ne saurait s'entourer de trop de précautions.

---

pendu à mi-hauteur de la cavité par un filament délié dont le bout est fixé à l'ouverture du nid. Ce tout petit œuf deviendra une larve vorace à la nourriture de laquelle, en mère prévoyante, la mouche gargoulette va songer dès à présent. De nouveau, en effet, elle prend son vol. Maintenant, c'est en chasse qu'elle va; elle fait jusqu'à quatre ou cinq voyages, rapportant chaque fois une grosse chenille verte et glabre qu'elle introduit péniblement et rageusement à travers l'étroit orifice.

Tout n'est point fini; il faut encore songer à mettre la larve future à l'abri de l'ennemi. Pour cela, l'œuvre de la maçonnerie va recommencer. Une petite boule de glaise est apportée d'abord et déposée sur le goulot qu'elle obture. Puis d'autres masses de terre gachée, plus grosses, moins travaillées, moins fines de grain, sont plaquées en grand nombre, sans ordre, sans précautions, à la hâte, tout autour du chef-d'œuvre primitif qu'elles recouvrent, qu'elles englobent, qu'elles cachent complètement et dont elles décuplent le volume.

Tout ce travail dure environ deux heures. Il est charmant à suivre dans toutes ses phases, pour l'observateur mollement étendu pendant les minutes torrides mais béates de la sieste, à l'ombre impénétrable de quelque énorme *banian*, sur un de ces longs fauteuils en rotin tressé, dont les bras, par un raffinement de confort et de sensualité

Avant qu'il ne fut question de stérilisation on cherchait à donner au nouveau-né le meilleur lait possible. Il devait remplir certaines conditions. D'abord le lait devait être de bonne qualité, avoir une composition moyenne à peu près constante. De plus on cherchait à donner le lait le plus près possible de la traite, c'est-à-dire à donner du lait frais.

La stérilisation a-t-elle rien changé a ces conditions? Evidemment non.

Le fait d'être stérilisé plus ou moins parfaitement, ne donne pas au lait des qualités nouvelles. Il ne vient apporter aux parentsqu'une sécurité de plus, en le préservant des altérations si rapides, si fréquentes dans ce liquide éminemment fermentescible.

Il faut donc exiger du lait stérilisé les mêmes qualités qu'on demande au lait cru.

Le lait stérilisé doit être de *bonne qualité et de composition moyenne normale* c'est à-dire qu'il ne faut, bien entendu, ni écrémage, ni mouillage. De plus, le lait employé si on fait la stérilisation soi-même, doit être le résultat de la traite des vaches de toute une étable et non le lait d'un seul animal.

Il faut lutter contre ce préjugé si répandu dans le public qui exige que le lait qu'on destine au nouveau-né, provienne toujours d'une même vache fraîche au lait. Le lait de vache varie de composition au commencement et à la fin de la traite, avec la nourriture, la disposition, l'état de santé et la race de l'animal. Au contraire, le lait provenant d'un certain nombre d'animaux a une composition plus constante et ce mélange atténue, par la dilution, les dangers que présente quelquefois le lait d'un seul.

Le lait stérilisé doit être *frais*. Depuis que la stérilisation du lait est entrée dans le commerce, on a fait croyons-nous, une confusion des plus regrettables. Stériliser du lait ne veut pas dire mettre du lait dans un état tel qu'on puisse le conserver indéfiniment et qu'il garde pendant longtemps sa valeur marchande. Ainsi comprise, la question de stérilisation du lait rentre dans celle des laits de conserve. Or, le lait de conserve doit être banni, quand on peut faire autrement, de l'alimentation du nourrisson.

D'abord la stérilisation n'est pas toujours absolue, soit qu'il reste des spores qui cultiveront plus tard, soit que le bouchage insuffisant permette la rentrée de l'air impur. Au bout de quelque temps les bouteilles s'altèrent. D'un autre côté le lait n'est-il pas une émulsion? Or, en le laissant longtemps au repos, on assiste invariablement à la séparation en plusieurs couches du beurre et du sérum dans lequel nagent des grumeaux

---

sont creusés de cavités où l'on peut caser à portée de la main, et suivant les goûts, la bouteille de pâle-âle, le grog froid ou le verre de limonade glacée.

La *mouche-cancrelas* inspire peut-être encore plus d'intérêt, parce qu'elle est l'ennemie née du plus insupportable fléau des contrées équatoriales, de celui auquel presque aucun Européen ne s'habitue, de ces blattes gigantesques, répugnantes, fétides qui pullulent par myriades, qui salissent et qui rongent tout. Aussi ces mouches qui leur font une guerre impitoyable sont-elles toujours les bienvenues. On dirait qu'elles le savent tant elles sont familières, tant elles se sentent partout à leur aise. Elles sont, en outre, ravissantes. Plus longues, plus fines, plus sveltes que les autres, elles sont aussi plus brillantes. De la tête à l'extrémité de l'abdomen elles sont d'un vert admirable, d'un vert émeraude d'une délicieuse pureté avec de beaux reflets métalliques ; quand elles jouent gracieuses dans un rayon de soleil, on les dirait saupoudrées de poussière d'or. Leurs antennes, leurs pattes et leurs ailes sont d'un rouge éclatant, superbe, qui tranche d'autant mieux sur le vert de leur corps ; mais aux ailes, les nervures seules sont colorées, le fin tissu interposé reste incolore et cela donne à la transparence de ces membranes une teinte exquise impossible à rendre. On en donnerait une idée en la comparant aux jolis tons que donne une gaze rouge à une peau de blonde.

de caséine. Ces conditions sont défavorables à la facile digestion du nouveau-né. Qand on achète une bouteille de lait stérilisé, à quelle date remonte la stérilisation ?

La stérilisation doit être une opération portant sur du lait frais, devant être absorbé frais, et destinée à détruire les micro-organismes pathogènes ou non que le lait peut contenir. Elleest et doit rester une « *garantie* » de sa parfaite inocuité. Il ne faut pas qu'elle soit autre chose.

Aussi estimons-nous que la température à laquelle on porte les laits stérilisés du commerce est beaucoup trop élevée. Le liquide complexe qu'est le lait, supporte mal d'être élevé à plus de 100°. La meilleure preuve en est la couleur café au lait et le goût particulier des laits qui ont atteint 104 et 115° centigrades. Dans ces cas on dépasse de beaucoup le point d'ébullition du lait qui est aux environs de 101°5.

Tels sont les motifs qui nous ont fait choisir de préférence à tous les autres le lait stérilisé au bain-marie à 100° pendant trois quarts d'heure. Mais à condition que la stérilisation ait lieu chaque matin pour la provision de la journée. L'opération répétée chaque jour, est facile à faire, à la portée de tous. On est sûr alors de donner du lait frais puisqu'on connaît la date de l'opération faite soi-même. Les appareils simples que nous possédons aujourd'hui permettent à première vue d'en contrôler la parfaite réussite et de vérifier, au moment d'utiliser la bouteille qu'elle s'est conservée intacte. Cela ne doit pas empêcher de toujours goûter le lait avant de le donner à l'enfant.

Ce lait présente toutes les garanties suffisantes. Les microorganismes qu'il contient si souvent, et particulièrement le bacterium coli commune qui existe toujours sur le pis des vaches, sont détruits à une température de 80 degrés et le lait est porté exactement à 100 degrés.

Enfin, nous attachons une *importance capitale* à la division du lait en autant de petites bouteilles que l'enfant doit faire de repas.

Css flacons qui restent hermétiquement fermés, par conséquent à l'abri de l'air et de tout nouvel ensemencement, ne doivent être débouchés qu'après avoir été tiédis au bain marie, au moment même de la tètée.

Ils sont coiffés ensuite d'une tétine à prise d'air ou d'un galactophore, qui seront nettoyés avec minutie et conservés dans l'eau fraîche. On obtient ainsi une sorte de biberon

---

Leurs mouvements sont d'une élégance et d'une légèreté inouïes. Entrées dans une maison, elles en parcourent tous les recoins, s'engouffrent sous les meubles, explorent les plis des rideaux, se faufilent derrière les livres sur les rayons d'une bibliothèque, s'insinuent dans les tiroirs entrouverts, se glissent derrière les objets suspendus aux murailles, miroirs ou tableaux, partout en un mot où elles espèrent rencontrer un adversaire, ou, pour mieux dire, une victime. Bientôt on les voit revenir, non plus volant, mais marchant à reculons et traînant par la tête une de ces énormes blattes cinq fois plus grosses qu'elles, qui se laissent docilement mener, sans velléité de résistance, là où il plaît à leur joli bourreau de les conduire. Celui-ci, parfois, quitte un instant sa proie pour explorer sa route et s'orienter. Quand il a retrouvé ses points de repère il revient prendre le cancrelas qui n'a pas plus bougé pendant son absence que ne bougerait un aveugle abandonné par son conducteur, pendant quelques secondes, au coin d'une rue. Ce manège se renouvelle autant de fois qu'il faut pour que la mouche arrive sans erreur à son logis, à son antre, à son charnier, à son repaire... je ne sais de quel nom appeler le lieu de supplice où l'insecte d'or vert qu'on aimerait à croire nourri seulement de lumière et de rayons, assassine puis dévore l'immonde et répugnant insecte noir.

supérieur à tous les autres, puisque le lait stérilisé que contient le flacon passe directement dansle tube digestif de l'enfaut.

C'est en employant le lait stérilisé au bain marie à 100 degrés et cette façon de faire, que nous avons obtenu depuis dix-huit mois, les résultats si encourageants publiés soit à l'Académie, en collaboration avec M. Budin, soit par nous-même dans notre thèse inaugurale.

A. Chavane.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

La bactériologie de l'ozéne, par M. Laurent.— De nombreuses recherches ont été faites relativement à la bactériologie de l'ozène. Le travail le plus important qui ait paru récemment est celui d'Abel de Greisswald. On sait que E. Frankel s'était le premier occupé de la question et qu'il avait reconnu quatre espèces de microbes.

Loenwenberg reprit ce sujet et attribua la spécificité à un diplocoque.

Pour Abel, le microbe de l'ozène serait un bacille court, trapu, parfois entouré d'une capsule ; il se cultive sur différents milieux et est très virulent pour la souris blanche. La plupart des auteurs ont retrouvé la forme encapsulée. M. Laurent, dans l'examen du mucus sous-jacent aux croûtes nasales des ozéneux, a retrouvé d'une façon constante cette même variété. Elle se présente par séries de deux, quatre éléments ou chainettes, donne sur les plaques de gélatine de petites cultures arrondies d'aspect muqueux. Mais, à côté de celle-ci, il a fréquemment observé un bacille assez long et grêle. Plusieurs observateurs ont voulu identifier le bacille de l'ozène avec celui de Friedlander. Mais, pour ce qui est de celui d'Abel, il en diffère par ceci : il est plus virulent pour les souris blanches et il ne donne pas la culture caractéristique.

De l'ensemble des études faites jusque maintenant sur les microbes de l'ozène, on peut déduire les faits suivants :

Nous ne connaissons rien de positif de ce qui concerne le début de l'affection au point de vue bactériologique.

J'ai cru longtemps que son ennemi l'aveuglait pour s'en rendre maître. Il n'en est rien. J'ai aveuglé des cancrelas qui n'en couraient que plus vite. Un jour ayant pu approcher de très près l'un d'eux qu'une mouche venait de laisser seul pour une minute, sur le balcon d'une véranda, j'ai remarqué que ses immenses antennes de sept à huit centimètres de longueur avaient été coupées à moins d'un demi pouce de la tête tandis que ses yeux étaient parfaitement intacts et je me suis assuré depuis qu'il en était toujours ainsi. J'ai expérimenté, après avoir observé. Vingt fois j'ai sectionné près de leur origine les antennes de cancrelas qui, une fois relâchés, décampaient avec une prestesse merveilleuse sans paraître le moins du monde gênés dans leur course par cette amputation. Le secret que j'avais cru tenir m'échappait et je ne l'ai point encore trouvé. Comme il ne saurait être question d'un empoisonnement produit par un venin qui paralyserait l'animal, puisque dès le retour de la mouche il marche près d'elle, très librement et quasi volontairement, je ne vois qu'une explication possible de ces faits qui sont parmi les plus curieux et les plus intéressants qu'on puisse observer sur des insectes. Je suis donc porté à croire qu'il y a une véritable fascination exercée par la mouche sur son ennemi, et jamais, à coup sûr, hypnotiseur n'eut mieux en sa puissance le plus entraîné des somnambules.

Il n'y a pas de raisons plausibles pour attribuer la spécificité à telle barette microbienne plutôt qu'à telle autre. Il faut, en effet, tenir compte de ce fait, que plusieurs espèces microbiennes que l'on rencontre dans les préparations du mucus ozéneux, ne végètent pas sur les milieux de culture.

Nous savons aussi qu'on n'a pas encore provoqué le développement de l'ozène par l'expérimentation *in anima nobili* ou *vili*.

Conclusion : Le microbe spécifique de l'ozène n'est pas déterminé.

Injections sous-conjonctivales de sublimé, par le M. Grand-Clément.— Ces injections entrées dans la pratique oculaire depuis cinq à six ans, sont très faciles à faire ; après cocaïnisation on injecte dans le cul de sac sous-conjonctival deux à quatre gouttes d'une solution à 1/1000, on recommence trois à quatre fois. Après l'injection, il se produit une réaction locale (gonflement, larmoiement, conjonctivite purulente) qui disparaît en trente-six ou quarante-huit heures ; d'autrefois elle est beaucoup plus vive et a une durée plus longue.

M. Saint-Clément a employé les injections chez sept malades, dans des cas de kératites, d'iritis, d'iriodo-cyclite, de choroïdite et de rétinite. Voici le résultat de ces observations.

Dans la kératite parenchymateuse et dans la kératite par infiltration, l'effet de ces injections est à peu près nulle. Dans l'iritis et l'irido-cyclite, il a, au contraire, deux cas très favorables.

Une femme de quarante ans, non syphilitique, était atteinte d'irido-cyclite depuis deux ans, avec photophobie intense. Deux iridotomies faites à trois mois d'intervalle, ne l'avaient soulagée qu'une quinzaine de jours. Huit injections ont été faites à cinq ou six jours d'intervalle, chacune était suivie d'une amélioration. Actuellement la malade est guérie depuis le mois.

Dans la rinite pure, l'emploi du sublimé en injections n'a occasionné aucune amélioration.

Dans la choroïdite atrophique, il n'a obtenu que des améliorations passagères, et chez son malade, l'injection a produit des accidents sérieux : chémosis considérable, larmoiement, photophobie, douleurs de tête, etc.

M. Grand-Clément cherche l'explication des effets du sublimé sur les membranes de l'œil. On sait, depuis les expériences de Pflüger avec la fluerescine, qu'une injection sans

---

Il ne m'a pas été donné d'assister au dernier acte du drame qui s'est toujours dénoué, dans les cas que j'ai vus, hors de ma portée, dans les abîmes insondables qui existaient entre les larges tuiles de mon toit. Il eut fallu démolir la maison pour assister à l'émouvante exécution. Or, je n'ai point pensé que ma curiosité de naturaliste *in partibus* méritât un tel sacrifice et... un tel risque, — car l'édifice appartenait à l'AdministrAAtion et moi aussi, — à cette époque.

FORMULAIRE

Préparations d'huile de foie de morue.

Huile de foie de morue ferrugineuse :

Chlorure ferrique sublimé . . . . 3 parties

Dissolvez à froid par trituration dans :

Huile de foie de morue . . . . 997 »

Filtrez si c'est nécessaire.

Liquide rouge brunâtre renfermant environ 1 0/00 de fer.

conjonctivale pénètre dans la cornée, la chambre antérieure, le cristallin, le corps vitré, et surtout dans l'espace supra iridien, mais jamais dans la rétine. Le sublimé en injection sous-conjonctivale pourra donc exercer une action sur les membranes de l'œil, qu'il atteint par les vaisseaux et les lacunes lymphatiques.

Il ne croit pas que dans les cas qu'il a examinés, il se soit trouvé en présence de syphilis directe ou congénitale; le sublimé n'aurait pas une action anti-syphilitique, mais une action antiseptique microbicide. En somme, les injections de sublimé paraissent donner de bons résultats dans les iritis et les irido-cyclites.

Maladie kystique essentielle du foie et des reins. — Un cas de cette affection rare a été observée par MM. Mallière et Paviot.

La malade, âgée de soixante-douze ans, offrait des symptômes manifestes de tuberculose sénile; toux, fièvre, amaigrissement, râles humides, souffle et matité au milieu de l'aisselle droite. Elle ne se plaignait d'aucune souffrance du côté de l'abdomen. Pas d'ictère : les urines contenaient de faibles traces d'albumine. Cette femme s'éteignit dans la cachexie au bout de quelques jours. A l'autopsie, on trouva le foie littéralement transformé en kystes de volumes très variés et avec tous les intermédiaires, depuis celui d'une mandarine jusqu'à celui d'une groseille et même au-dessous. Le parenchyme ne paraissait pas altéré, sauf quelques petits tractus fibreux, qui se voyaient au-dessus des tumeurs. Ces dernières ne paraissaient pas situées au niveau des voies biliaires. Les parois des kystes sont minces, transparentes comme la vessie natatoire des poissons, leur surface interne est blanche et le liquide qu'ils renferment ne contient ni vésicule, ni crachats d'hydatides. Rien à noter du côté des voies biliaires. Les deux reins présentaient de leur côté, des lésions absolument semblables. Ils étaient farcis de kysfes séreux à divers degrés de développement.

Il n'y a pas d'ascite. Rien à noter du côté des autres viscères.

Les poumons présentaient les lésions classiques du catarrhe avec emphysème. Au niveau du point indiqué plus haut, on trouvait à la coupe une caverne du volume d'une mandarine tapissée par une membrane grisâtre qui ne ressemblait en rien au revêtement tomenteux des cavernes ordinaires. Il ne s'écoulait pas de pus. On a rencontré deux ou trois autres cavités semblables, mais de moindre volume en divers points des deux poumons.

Ces lésions donnaient lieu à tous les symptômes que l'on observe dans la phtisie pulmonaire. Elles ont été reconnues de même nature que celles du foie et des reins. C'est la première fois que l'existence des kystes des poumons, coexistant avec des kystes du foie et des reins a été signalée. A ce seul point de vue ce fait présente un réel intérêt.

L'ouverture du grand kyste pulmonaire dans les bronches a donné lieu aux phénomènes d'infection qui ont occasionné la mort. M. Mallière entre ensuite dans les considérations anatomo-pathologiques sur la genèse de ces kystes. En ce qui concerne le cas présent, il ne peut se prononcer avant l'examen histologique qui doit être pratiqué.

Pommade sulfanée. — M. P. Carles nomme ainsi un mélange formé en partie par une combinaison opérée par la réaction de l'acide sulfurique sur les corps gras et nuisible à l'eau.

Pour la préparer, on mélange entièrement au mortier 5 grammes d'acide sulfurique concentré commercial avec 25 grammes d'axonge non salée. Le mélange se fait assez facilement, la température s'élève légèrement, le corps gras prend la couleur saumon et lorsque la teinte s'est uniformisée, il n'y a plus qu'à renfermer la pommade dans un pot bouché, car elle est un peu hygroscopique. A cause de la nature de l'un des composants, on devra éviter le contact de couvercles métalliques. Dans ces conditions, le

médicament peut conserver ses propriétés pendant plusieurs années, mais il durcit sensiblement.

Pour faire usage de cette pommade, avec une palette de bois, une baleine, le manche d'une cuillère d'argent ou même avec l'index, on en prend une partie proportionnelle à la surface à traiter, et avec un tampon de ouate ou même la pulpe du doigt, on en frictionne très doucement le point douloureux. Enfin, on recouvre avec un gâteau de ouate ou avec un carré de laine, sans quoi les tissus d'origine végétale seraient ultérieurement détruits dans les points contaminés. Aussitôt après l'application, on ressent localement une chaleur progressive accompagnée de légers picotements et suivi d'un érythème qui ne va jamais jusqu'à la vésication.

L'expérience montre que l'action de cette pommade est surtout efficace dans les névralgies, les arthralgies, les rhumatismes localisés divers et chaque fois aussi que l'on veut déterminer une révulsion rapide, comme dans les cas d'irritations brusques des voies espiratoires supérieures. Son effet est ici aussi prompt que celui des sinapismes dont elle ne possède pas les vapeurs souvent gênantes et parfois intolérables.

Les bactéries de l'atmosphère

Trente ans se sont écoulés depuis que M. Pasteur a démontré la présence dans l'atmosphère, de germes organisés et vivants, à l'aide d'expériences qui resteront comme un modèle d'habileté et de logique (1) ; depuis lors la bactériologie de l'atmosphère a fait un rapide chemin.

M. Pasteur s'était borné à prouver que le nombre des micro-organismes diminuait à mesure qu'on s'élevait vers les hauteurs, qu'ils étaient très nombreux dans les villes, qu'il y en avait moins dans la campagne; qu'ils étaient rares dans les montagnes et presque nuls au Montanvert situé, comme on le sait, près de la mer de glace, à moitié route du sommet du Mont-Blanc.

Ses élèves sont allés plus loin et sont parvenus à compter les bactéries que renferme un volume d'air déterminé. Le nombre en est extrêmement variable.

Frendenreich (de Berne) a fait, il y a quelques années, une série d'expériences dans les Alpes, entre 2,000 et 4,000 mètres d'altitude et il a constaté partout l'extrême pauvreté en germes de l'air des altitudes (2). M. Miquel, qui fait autorité en bactériologie atmosphérique, estime que l'air des montagnes renferme en moyenne une bactérie par mètre cube, tandis qu'on en trouve 248 dans le parc de Montsouris pour le même volume d'air, 3,580 dans de l'air recueilli à l'Hôtel-de-Ville, 36,000 dans un appartement de la rue Monge, 40,000 à l'Hôtel-Dieu et 7,900 à la Pitié. Il a reconnu que l'atmosphère maritime était presqu'aseptique à grande distance des côtes, en examinant des récoltes faites sur des bourres de coton de verre par le commandant Moreau et le docteur Planty-Mauzion à bord de la *Gironde*, du *Cambodge*, du *Saïd* et de l'*Amazone*, au cours de voyages dans la Méditerranée. Il fallait faire passer dix mètres cubes d'air sur ces bourres pour obtenir de 4 à 6 germes cultivables. A une distance de moins de 100 kilomètres, on en trouve de 6 à 45 par mètre cube suivant que le vent vient de terre ou du large. La mer engloutit tous les germes, même ceux qui sont produits par la vie de

(1) Pasteur. Mémoire sur les corpuscules organisés qui existent dans l'atmosphère. (*Annales de chimie et de physique*, 1862, 3e série t. LXIV.)

(2) Ed. de Frendenreich. Des microbes de l'air des montagnes. (*Semaine médicale* Paris, 1884, p. 361.)

bord et, à tous les moments de la traversée, l'atmosphère des paquebots est cent fois moins riche en bactéries que celle des habitations à terre. L'extrême pureté de l'atmosphère maritime explique le succès des opérations chirurgicales qu'on pratiquait à bord des navires, avant qu'on appliquât les règles de l'antisepsie.

Dans les observations qui précèdent, l'air recueilli doit ses impuretés au voisinage du sol quand elles se font à terre, au navire quand l'air est recueilli du large ; pour examiner l'air dans sa pureté primitive, il fallait aller le chercher dans les hautes régions de l'atmosphère, à l'aide d'un aérostat. C'est ce qu'a fait récemment M. Christiani, *privat docent* à l'Université de Genève. Il a fait au mois de septembre 1892, une ascension en ballon dans laquelle il a recueilli de l'air à différentes hauteurs au-dessus de sa ville natale. Il s'est élevé jusqu'à 3,000 mètres : mais les prélèvements n'ont pas été opérés à une altitude supérieure à 1,700. Nous n'entrerons pas dans le détail de ses expériences. Elles sont consignées dans un travail qu'il a publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (1). Pour recueillir les germes, il faisait passer dix litres d'eau à travers des ballons renfermant une solution de gélatine et il comptait ensuite les colonies qui s'étaient développées dans ce bouillon de culture. Le fait le plus saillant qu'il ait constaté, c'est qu'aucune colonie ne s'est développée dans les ballons traversés par de l'air recueilli au-dessus de 1,000 mètres. Il est probable, dit-il, que cette absence de germe commence beaucoup plus bas et que ceux qu'on trouve au-dessus de 700 mètres y ont été apportés en presque totalité par le ballon.

COURRIER

—

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort subite du professeur Lefort, et nous n'avons que le temps d'adresser à sa famille l'expression de nos regrets.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE DE 1893-1894

Conférences de médecine légale, *M. Brouardel.* — Lundi, mercredi vendredi, à 2 heures (Morgue).

Cliniques. — Cliniques médicales, *M. G. Sée.* — Lundi, vendredi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu). — *M. Potain.* — Mardi, samedi, à 10 heures (à la Charité). — *M. Jacoud.* — Mardi, samedi, à 9 h. 1/2 à la Pitié). — *M. Hayem.* — Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/2 (à l'hôpital Necker).

Cliniques chirurgicales, *M. L. Le Fort.* — Mercredi, vendredi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu). — *M. Duplay.* — Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à la Charité). — *M. Le Dentu.* — Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'Hôpital Necker). — *M. Tillaux.* — Lundi, mercredi, à 9 h. 1/2 (à la Pitié).

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, *M. Joffroiy.* — Mercredi, samedi, à 9 h. 1/2 (Asile Sainte-Anne).

Clinique des maladies des enfants, *M. Grancher.* — Mardi, samedi, à 9 h. 1/2 (à l'Hôpital des Enfants-Malades).

---

(1) Analyse bactériologique de l'air des hauteurs puisé pendant un voyage en ballon, par M. Christiani. (*Annales de l'Institut Pasteur*, VII, p. 665.)

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, *M. Fournier*. — Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'Hôpital Saint-Louis).

Clinique des maladies du système nerveux, *M. Brissaud*, agrégé, chargé de cours. — Mardi, vendredi, à 10 heures (à la Salpêtrière).

Clinique ophtalmologique, *M. Panas*. — Lundi, vendredi, à 9 heures (Hôtel-Dieu).

Cliniques d'accouchements, *M. Tarnier*. — Mardi, samedi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, rue d'Assas). — *M. Pinard*. — Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures (à a Clinique d'accouchements, Clinique Baudeloque, 125, boulevard de Port-Royal).

Clinique des maladies des voies urinaires, — *M. Guyon*. Mercredi, samedi, à 9 heure (Hôpital Necker).

Conférences : histoire naturelle, *M. Heim*, agrégé. — Zoologie appliquée à la médecine. — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (Grand Amphithéâtre).

pathologie interne, *M. Charrin*, agrégé. — Maladies de l'appareil urinaire. — Lundi, mercredi, vendredi, à 6 heures (Petit Amphithéâtre).

pathologie externe, *M. Schwartz*, agrégé. — Maladies chirurgicales de la tête, y compris les yeux, les oreilles et la bouche. — Maladies du cou et du rachis. — Mardi, jeudi samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

obstétrique, *M. Maygrier*, agrégé. — La grossesse. — Accouchement normal. — Suites de couches normales et pathologiques. — Soins à donner aux nouveaux-nés. — Pathologie de la grossesse. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

anatomie (Cours du chef des Travaux anatomiques), *M. Poirier*. — Anatomie topographique. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 henres (Grand Amphithéâtre, Ecole pratique).

Travaux pratiques : physique médicale, *M. Weiss*, agrégé, chef des travaux. — Manipulations de physique. — Conférences et démonstrations. — Lundi, mercredi, vendredi, de 4 heures à 6 heures (Ecole pratique).

chimie médicale, *M. Hanriot*, agrégé, chef des Travaux. — Manipulations de chimie. — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 heures 1/2 (Ecole pratique).

histoire naturelle, *M. Faguet*, chef des travaux. — Exercices pratiques : zoologie et botanique. — Conférences et démonstrations. — Lundi, mercredi, vendredi, de 9 heures à 11 heures (Ecole pratique).

anatomie, *M. Poirier*, agrégé, chef des travaux anatomiques — Dissection. — Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. — Tous les jours, de 1 heure à 4 heures (Ecole pratique).

histologie, *M. Rémy*, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques d'histologie normale. — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 2 heures 1/4 à 4 heures (Ecole pratique).

anatomie pathologique, *M. Brault*, chef des travaux. — Exercices pratiques d'anatomie pathologique. — Conférences et démonstrations. — Tous les jours, à 2 heures (Laboratoire des Travaux d'Anatomie pathologique).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.



Sommaire

LES NOUVELLES DOCTRINES SANITAIRES

Les principes sur lesquels se règlent aujourd'hui les mesures de police sanitaire ont été récemment exposés par les trois représentants officiels de l'hygiène publique en France : l'inspecteur général des services sanitaires, le président du Comité consultatif d'hygiène publique et le directeur de l'Assistance et de l'hygiène publique au ministère de l'Intérieur. Ces déclarations ont été provoquées par un mémoire que le professeur Babès est venu lire à la tribune de l'Académie de médecine, dont il est correspondant étranger (1).

Dans ce travail le médecin de Bucharest rend compte des mesures qui ont été prises en Roumanie au cours des trois dernières épidémies de choléra et auxquelles il attribue l'immunité dont la péninsule Balkanique a joui, tandis que les pays voisins étaient ravagés. Ces mesures ont consisté dans des quarantaines établies sur toutes les frontières, aussi bien contre les provenances des ports de la Mer Noire que contre celles de la Bessarabie et de la Galicie. Des cordons sanitaires furent établis sur ces derniers points et on n'hésita pas à faire feu sur ceux qui voulurent les franchir. Deux contrebandiers ont été tués en voulant forcer ce blocus. On avait d'abord essayé de laisser passer les voyageurs après une visite médicale et de les suivre ensuite pendant cinq jours, comme on le faisait en France à l'époque du choléra d'Espagne, mais la pénurie de médecins, l'absence de police navale et les habitudes du pays ont forcé de renoncer à ce système. On s'est décidé à retenir les voyageurs à la frontière. On les internait dans des pavillons isolés pourvus d'une installation pour la désinfection, de bonne eau et de latrines convenables. Un pavillon spécial avait été installé pour les malades et, au bout de cinq jours, on les mettait en liberté. De cette façon, dit M. Babès, la Bulgarie s'est préservée du choléra bien qu'étant entourée de tous côtés par l'épidémie, et dans une communication ultérieure (2), il a apporté la contre-épreuve de son affirmation, en apprenant à l'Académie que le choléra avait éclaté en Roumanie aussitôt que les quarantaines avaient été levées et qu'il y était entré par Braïla, le port le plus important de ceux qu'elle possède sur le Danube.

MM. Proust et Brouardel ont protesté contre cette tentative de réhabilitation des quarantaines de terre et des cordons sanitaires qui sont condamnés depuis plus de vingt ans.

M. Brouardel a fait connaître les principes qui avaient dirigé la conférence de Dresde et les bases de la convention qui y avait été signée par presque toutes les puissances de l'Europe.

De son côté, M. Monod, se conformant à un usage très répandu dans le monde politique, a profité d'une occasion qui s'est offerte à lui pour faire

(1) Note sur la défense de la Roumanie contre le choléra en 1892, par M. Babès (de Bucharest), séance du 1er août 1893. *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXX, p. 188).

(2) Babès (de Bucharest) ; Nouvelle note sur la défense de la Roumanie contre le choléra. (Académie de médecine, séance du 29 août 1893.)

aussi l'exposé de ses doctrines sanitaires. Appelé le 3 octobre dernier à présider la cérémonie de la distribution des récompenses, à la suite de l'Exposition d'hygiène du Havre, il a prononcé un long discours que tous les journaux politiques ont reproduit et dans lequel il a développé ses idées en matière de prophylaxie internationale.

Les principes exposés par les trois représentants de l'hygiène publique sont ceux que nous avons défendus et fait prévaloir en 1885 à la conférence internationale de Rome, qui ont été consacrés par la Convention signée le 30 janvier 1892, après la conférence sanitaire internationale de Venise et ratifiés par celle du 15 avril 1893, qui a suivi la conférence de Dresde.

Le texte de cette dernière convention est beaucoup trop long pour que nous puissions le reproduire *in extenso* (1). Il nous suffira d'en rappeler les dispositions principales.

1° Les gouvernements signataires de la Convention se sont engagés à se prévenir réciproquement lorsque le choléra éclatera sur un point de leur territoire.

2° Les marchandises ne seront pas retenues en quarantaine aux frontières de terre. La prohibition pure et simple ou la désinfection sont les seules mesures qui leur seront appliquées. Cette dernière ne sera obligatoire que pour les marchandises et objets considérés par l'autorité sanitaire locale comme contaminés.

3° Il ne sera plus établi de quarantaines terrestres. Les cholériques seuls seront retenus à la frontière; les autres voyageurs, après avoir subi la visite médicale, continueront leur route et arrivés à leur destination, ils seront, si faire se peut, soumis à une surveillance de cinq jours, à compter de la date du départ.

4° Les navires provenant de pays où règne le choléra, seront considérés comme *indemnes* et admis immédiatement à la *libre pratique*, quelle que soit la nature de leur *patente de santé*, s'il n'y a pas eu de décès ni de cas de choléra à bord, soit avant le départ, soit pendant la traversée.

Les navires ayant eu des cas de choléra à bord, mais n'en ayant pas présenté depuis sept jours seront considérés comme *suspects*, et soumis à la visite médicale, à la désinfection du linge sale et des vêtements des passagers et de l'équipage qui seront considérés comme contaminés par l'autorité sanitaire locale. On désinfectera également le navire ou seulement la partie du navire qui aura été contaminée. L'eau de la cale sera évacuée après désinfection et une eau potable de bonne qualité sera substituée à celle du bord.

Les navires ayant le choléra à bord ou en ayant présenté des cas nouveaux depuis sept jours, seront regardés comme *infectés*. Les malades seront immédiatement débarqués et isolés; les personnes en santé seront également débarquées, si possible, et soumises à une observation d'une durée variable suivant les cas, mais ne pouvant pas dépasser cinq jours.

La Convention de Dresde a réglé, d'après ces principes et dans les plus

(1) Voyez pour ce texte : La Conférence de Dresde (*Annales d'Hygiène publique et de médecine légale*, numéro de mai 1893).

minutieux détails, les mesures à prendre à Soulina et sur les bords du Danube pour les navires remontant le fleuve et provenant d'un port contaminé.

Les dispositions que je viens de résumer ont été adoptées par la majorité de la conférence. La Convention a été signée par dix des puissances qui s'étaient fait représenter à Dresde, admise sous réserve ou avec restitution par dix autres et repoussée par trois seulement. (1) On peut donc la considérer comme le *Code sanitaire international* de l'Europe ; mais elle ne l'engage que pour cinq ans; les délégués des hautes puissances contractantes ayant eu la prudence de réserver les droits de l'avenir dans une question si étroitement subordonnée à l'évolution du progrès scientifique.

La Convention de Dresde, comme celle de Venise dont elle n'est pour ainsi dire qu'un corollaire, constitue un progrès considérable sur les institutions sanitaires du passé et même sur le réglement du 2 février 1876, ce document remarquable qui fut l'œuvre de Fauvel et dont la haute valeur fut si bien appréciée par l'hygiène et par le commerce, au moment où il reçut son application. Elle est en rapport avec l'état actuel de nos connaissances. Elle a fait prévaloir le principe de la *désinfection* sur celui de l'*isolement* qui constituait autrefois le seul mode de préservation dont les peuples pouvaient disposer. Ce n'est pourtant pas le dernier mot de la prophylaxie sanitaire; il est à penser que l'assainissement progressif des localités, que les progrès de l'hygiène urbaine, permettront d'atténuer encore la rigueur des mesures qui s'imposent aujourd'hui ; mais c'est la part de l'avenir.

En matière de police sanitaire, si les principes sont absolus, leur application est essentiellement relative, elle dépend des temps et des lieux. Les Sociétés du moyen âge, n'avaient d'autre moyen de se garantir les fléaux exotiques que ceux auxquels elles avaient recours. Leur système farouche de quarantaines pouvait seul préserver dans quelques cas leur territoire; et il manquait souvent son but. A notre époque, malgré les progrès de la civilisation, il est des pays dont les conditions hygiéniques et sociales se rapprochent beaucoup de celles que subissaient le nôtre à l'époque où l'Intendance de Marseille était citée comme un modèle que les autres villes maritimes cherchèrent à imiter.

La communication de M. Babès n'est pas sans intérêt sous ce rapport. Elle prouve que si les quarantaines de terre sont condamnées en principe et ne sauraient être réhabilitées, au milieu des populations très denses et très avancées de l'Europe occidentale, elles peuvent encore trouver leur application dans les régions orientales. C'est, du reste, ce que nous avons toujours déclaré. « Les cordons sanitaires, disais-je, l'an dernier en rendant compte de la conférence de Venise, ont toujours été franchis ou « tournés par les fléaux qu'ils étaient destinés à arrêter au passage ; sou-

(1) La Convention a été immédiatement signée par les plénipotentiaires de l'Allemagne, de l'Autriche-Hongrie, de la Belgique, de la France, de l'Italie, du Luxembourg, du Montenegro, des Pays-Bas, de la Russie et de la Suisse. Les plénipotentiaires de l'Angleterre n'avaient pas encore reçu leurs pleins pouvoirs, mais ils ont adhéré à la Convention. Ceux de Suède et de Danemarck, l'ont acceptée *ad Referendum*, l'Espagne pour les mesures à prendre à terre seulement. La Roumanie et la Serbie en votant toutes les propositions seront obligées de suivre dans la pratique l'exemple de la Turquie, qui comme le Portugal et la Grèce sont restées fidèle à l'ancien système.

« vent même, ils leur ont servi d'aliment. Ce moyen d'isolement peut réus-
« sir dans les pays presque déserts comme les steppes de la Russie où les
« communications sont rares et la surveillance facile; mais ils sont radica-
« lement impuissants, dans les contrées à population dense comme celles de
« l'Europe occidentale, lorsque les épidémies y ont pénétré (1) ».

M. Brouardel a fait une déclaration analogue dans sa réponse à M. Babès. Il a même cité à cette occasion l'exemple donné au mois de décembre 1878, par le général Louis de Melikoff, lors de l'épidémie de peste qui régnait depuis deux mois sur les bords du Volga, et qui avait débuté par le village de Vetlianka (2). Le général arrivait muni de pleins pouvoirs et prit sur le champ des mesures radicales. Il établit un triple cordon sanitaire : le premier autour de chaque village infecté, le second autour de toute la région compromise sur chacune des rives du Volga, le troisième à la limite du gouvernement d'Astrakan. Ces cordons étaient formés par des postes distants d'un kilomètre et composés chacun de trois fantassins et de cinq cosaques vivant sous la tente. La disposition des lieux s'y prêtait. La province d'Astrakan n'a qu'une population très faible; les petits villages qui la composent sont clairsemés et séparés par de grands espaces sans mouvements de terrain et sans arbres. Rien n'y arrête le regard et les postes établis par le général de Melikoff, bien que distants d'un kilomètre, pouvaient exercer une surveillance efficace sur l'intervalle qui les séparait. La navigation du Volga ne fut pas interrompue ; mais elle était surveillée par quatre petits bateaux à vapeur de l'Etat qui empêchaient toute communication avec les rives dans le parcours séquestré.

Le général ne se borna pas à isoler les localités contaminées, il procéda à leur égard à une désinfection sérieuse. Le village de Vetlianka où la peste avait éclaté, fut entouré par un fossé d'un mètre et demi de profondeur. Il fut nettoyé à fond; les habitants furent lavés et dépouillés de leurs vieux habits. Leurs fourrures usées, leurs vieilles toulouques furent brûlées et remplacées par des vêtements neufs. Des fumigations de chlore furent faites dans les maisons suspectes et celles où il était mort des pestiférés furent livrées aux flammes. Enfin le sol du cimetière fut tassé et recouvert d'une couche de chaux sur laquelle on amoncela de la terre.

Ces mesures radicales eurent un plein succès et la peste qui, depuis un mois épouvantait l'Europe, fut étouffée dans le foyer qu'elle s'était constitué sur les bords du Volga.

Les grandes plaines de la Roumanie ont quelque analogie avec les steppes de la Russie; les mœurs et la civilisation n'y sont pas tellement différentes qu'on puisse s'étonner d'y voir réussir les moyens qui ont eu un si bon résultat dans le district d'Astrakan. La Roumanie était en droit d'y recourir puisqu'elle est, sous le rapport sanitaire, subordonnée à la Turquie qui a refusé de signer la convention de Dresde; mais on ne peut tirer de ce cas particulier, aucune conséquence, ni au point de vue des principes, ni au point de vue de leur application aux contrées occidentales de l'Europe. Dans

(1) Jules Rochard : La Conférence de Venise. (*Revue des Deux-Mondes*, n° du 1er septembre 1892, p. 179.)

(2) Voir pour l'histoire de cette épidémie : Rapport sur les recherches qu'il reste encore à faire pour élucider les points obscurs que présente encore l'étude de la peste, par Jules Rochard. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance des 13, 20 et 27 avril 1880.)

ces pays, les quarantaines terrestres sont impuissantes à arrêter les fléaux; elles sont dangereuses par la concentration et l'encombrement qu'elles produisent aux gares frontières; elles sont vexatoires pour les personnes et ruineuses pour le commerce.

J. ROCHARD.

Le banquet des médecins russes

La presse médicale doit enregistrer ce mouvement extraordinaire qui pousse deux nations l'une vers l'autre et qui se manifeste à Paris par des cérémonies aussi variées dans leurs aspects que semblables dans le but qu'elles poursuivent et qu'elles atteignent. Les journaux de médecine se doivent de fixer une date qui nous sera donnée par la soirée du banquet offert aux médecins de l'escadre Russe sur l'initiative de la Presse médicale française.

C'est vendredi dernier, 20 octobre, à 7 heures, que se réunissaient dans les salons du Grand-Hôtel plus de 200 médecins de Paris et de la province. Cette cérémonie avait un caractère un peu officiel. Les directeurs des services de santé de la marine et de la guerre, MM. Lucas et Dujardin-Beaumetz y assistaient en grande tenue ainsi que plusieurs médecins placés sous leurs ordres pour recevoir MM. Brandt, Mednedeff, Ochotine, Aristow et Botkine, délégués par leurs camarades de l'escadre.

M. le professeur Cornil, en sa qualité de président de l'Association de la presse médicale française, occupait la place d'honneur au banquet, et avait à ses côtés MM. Verneuil, Sappey, Bouchard, Brouardel, qui, comme on le voit, représentaient dignement l'Institut. Puis venaient MM. Cadet de Gassicourt, Lereboullet, le Roy de Méricourt, Roux, Monod, Reclus, Peyrot, Landouzy, et un grand nombre d'agrégés, de chirurgiens et de médecins des hôpitaux, de médecins militaires et de la marine.

Le banquet s'est ouvert aux accords d'une musique militaire gracieusement prêtée par le ministère de la guerre pour la circonstance, et qui a joué l'Hymne russe, lorsqu'au dessert M. Cornil, dans un premier toast, a porté la santé de LL. MM. l'Empereur et l'Impératrice de toutes les Russies. Dans une seconde allocution le président de la table d'honneur a fait ensuite l'éloge des médecins russes dont il a pu apprécier les qualités, en ayant eu un grand nombre comme élèves dans son laboratoire, et M. Brouardel a pris alors la parole, bientôt suivi par le directeur du service de santé de la marine, M. Lucas, et son collègue de l'armée, M. Dujardin-Beaumetz. Le docteur Ochotine a répondu au nom de ses confrères russes et a su trouver des mots sincères et touchants pour montrer les sentiments qui unissent la Russie à la France.

M. le docteur Hyades, médecin en chef de l'escadre de la Méditerranée qui accompagnait ses frères de l'escadre russe, a alors pris la parole et a bu à deux noms chers à la Russie et à la France, au docteur Botkin, qui suit avec le plus grand honneur les glorieuses traditions de son père, et au docteur Charcot, qui revivra dans son fils et dont la renommée est aussi grande à Petersbourg qu'à Paris.

Le jeune docteur Botkin (qui est à la fois médecin et enseigne de vais-

seau) s'est alors levé pour remercier tous les assistants d'avoir applaudi au nom de son père et dans des paroles vibrantes et pleines d'une émotion à peine contenue, il a bu à la France, à l'union des deux nations sœurs, qu'aucun obstacle ne peut plus empêcher de se rejoindre, car il serait anéanti avec la même facilité qu'il met à briser le fragile cristal de sa coupe; et, joignant le geste à la parole, il produit un telle impression sur tous les assistants jeunes ou vieux que personne n'est étonné de le voir enlever par l'assistance et porter à bras tendus dans les salons.

M. Le Roy de Méricourt n'a pu prendre la parole. Il l'eut dû cependant à un double titre, celui de médecin ayant fait la campagne de Crimée et celui de fondateur des Archives de médecine navale, recueil que les Russes ont créé plus tard chez eux en s'inspirant des idées de M. de Méricourt.

M. Pasteur, invité à cette fête, s'est excusé dans une dépêche que nous regrettons de ne pouvoir citer et était remplacé par M. Roux, qui a porté un toast au nom de son maître.

Tels sont les principaux événements de cette soirée dont se souviendront tous les assistants. Ils n'oublieront pas non plus les dépêches des confrères Russes lues au banquet, remerciant la France et prouvant une fois de plus la communauté d'idées et la sympathie des deux peuples.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 octobre 1893. — Présidence de M. Fernet.

Foie flottant

M. Mathieu a observé récemment un cas de foie flottant chez une femme de 53 ans. Cette malade entra à l'hôpital avec un ictère intense; quelques jours auparavant, elle avait éprouvé de vives douleurs au niveau du foie; M. Mathieu pensa donc tout d'abord qu'il s'agissait d'un ictère consécutif à des coliques hépatiques. Le foie semblait légèrement hypertrophié. Cependant, les jours suivants, l'ictère persistait et, comme la malade était amaigrie, cachectique, et qu'elle avait un grand dégoût pour la nourriture, on pouvait se demander si on n'avait pas affaire à un néoplasme malin, à un cancer des voies biliaires, par exemple.

M. Mathieu cherche systématiquement, chez toutes ses malades, le rein mobile; il fut surpris de trouver chez la femme dont il présente l'observation une tumeur volumineuse, arrondie dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur, qui présentait un bord antérieur avec deux encoches très nettement perceptibles, n'était autre chose que le foie. Par contre, la percussion dénotait dans la région hépatique une sonorité exagérée. Le foie était donc luxé, pour ainsi dire; on pouvait, d'ailleurs, très facilement le réduire et constater ainsi son extrême mobilité.

Dans quelles conditions cette mobilité s'était-elle produite? Cette femme présentait de la dilatation de l'estomac, de l'entéroptose et une grande laxité des parois abdominales; elle avait eu neufs enfants, et c'est à partir du deuxième accouchement que les déplacements de l'organe s'étaient produits. Les reins étaient en place; d'ailleurs, ces organe

se luxent pour leur propre compte et la néphroptose ne semble avoir aucun rapport avec l'entéroptose.

L'ictère que présentait la malade disparut progressivement; mais, il y a quelques jours, une nouvelle poussée se produisit, sans douleurs, cette fois. Sans doute, dans les déplacements de l'organe il peut se produire des coudures du canal cystique, des obstructions passagère de la vésicules biliaire.

Dans les cas de foie flottant, le port d'une ceinture permet aux malades de ne pas trop souffrir; mais si cela ne suffit pas, si les crises douloureuses deviennent trop fréquentes et trop intenses, M. Mathieu pense qu'on serait autorisé à intervenir chirurgicalement et à pratiquer l'hépatopexie, ainsi que l'a fait dans un cas M. Richelot.

M. Le Gendre a vu, il y a deux ans, une dame qui présentait également une chute du foie; mais elle avait en même temps de la néphroptose et, de plus, elle avait eu vraisemblablement des coliques hépatiques. Le foie abaissé avec le rein droit formait une tumeur volumineuse que plusieurs chirurgiens étrangers avaient proposé d'enlever. M. Poirier, qui avait observé la malade, pensait que l'hépatopexie était indiquée : mais la malade se refusa à toute opération.

M. Le Gendre croit, ainsi que M. Mathieu, qu'il n'y a pas de rapport entre la néphroptose et l'entéroptose; chez sa malade, un amaigrissement prononcé et rapide avait été certainement une cause puissante du déplacement du rein.

M. Siredey a observé un cas de déplacement du foie chez une femme qui avait été opérée en 1890 pour un kyste de l'ovaire. En 1892, la malade fut prise de vives douleurs abdominales coïncidant avec une néphroptose double. Au commencement de cette année, M. Siredey constata chez elle une grosse tumeur, qu'elle prenait pour une récidive de son kyste; mais cette tumeur était mobile, réductible dans la région hépatique où il existait auparavant une résonnance exagérée; en un mot, c'était un foie mobile. Cette malade avait eu une série de crises rappelant les coliques hépatiques, mais sans ictère.

M. Rendu observe en ce moment un cas analogue : le port d'un simple bandage a fait disparaître les douleurs.

Contribution au diagnostic des kystes hydatiques intra-thoraciques émanant du lobe droit du foie

M. Galliard présente une observation que l'on peut ainsi résumer : kyste hydatique intra-thoracique émanant du lobe droit du foie chez une femme de 68 ans cachectique. Traitement de ce kyste il y a 23 ans par la ponction et l'injection de teinture d'iode. Développement de la tumeur vers la cavité thoracique; ponction ramenant des débris d'hydatides et des crochets; cachexie contre-indiquant toute intervention chirurgicale; affaiblissement progressif, anasarque, mort. A l'autopsie, ramollissement pulmonaire para-kystique, cirrhose du foie, péricardite.

Au point de vue du diagnostic et de l'intervention chirurgicale, M. Galliard pense qu'il est rationnel de diviser les kystes hydatiques intra-thoraciques en deux groupes : kystes antérieurs et kystes postéro-latéraux ou dorso-axillaires. Les kystes intra-thoraciques antérieurs se révèlent tout d'abord par une voussure de la région mammaire; quelquefois ils atteignent la région sous-claviculaire. Au niveau de la voussure on constate de la matité, la suppression des vibrations vocales, le silence respiratoire (abstraction faite des kystes qui se sont ouverts dans les bronches). S'il n'y a en arrière ni matité complète, ni suppression absolue des vibrations, ni souffle, ni égophonie, ni suppression du murmure vésiculaire, on ne peut songer à une pleurésie banale; mais si, en arrière du kyste, se développe une pleurésie (et la chose est assez fréquente), l'épanche-

ment pleural détourne à son profit toute l'attention et le diagnostic est bien rarement fait. L'abaissement du foie manque assez souvent; on ne peut donc pas compter beaucoup sur ce signe. En revanche, tous les observateurs ont insisté sur ce fait, que la perception du murmure respiratoire jusqu'en bas de la région dorsale a maintes fois permis de diagnostiquer les kystes antérieurs du côté droit. Quant aux kystes postérieurs ou dorso-axillaires, ils suscitent plus de difficultés que les précédents, attendu qu'ils simulent la vulgaire pleurésie de la base droite.

M. Fernet. — Il est un signe qui peut aider à diagnostiquer la présence d'une masse solide intra-thoracique; c'est l'altération de la *transonnance du thorax*. Ce signe qui a été indiqué par Noël Guéneau de Mussy, et qui est beaucoup trop négligé aujourd'hui, s'obtient en percutant le sternum, tandis qu'on ausculte en arrière.

Rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant

M. Richardière fait sur ce sujet une intéressante communication que nous publierons in-extenso. (Voir l'*Union médicale* de jeudi 26 octobre.)

BIBLIOTHÈQUE

—

Traité clinique de dermatologie, par H. Tenneson, Paris 1893.

Nous disions récemment dans ce journal, en y rendant compte de la quatrième livraison du traité de Leloir et Vidal, que tout médecin ayant le vaste champ d'observation dermatologique qu'offrent l'hôpital Saint-Louis et les établissements analogues des grands centres éprouvait le besoin, au bout de quelques années, de consigner, dans un ouvrage didactique, les faits nouveaux qui lui ont passé sous les yeux et les résultats de son expérience personnelle. Notre éminent collègue M. Tenneson vient, à son tour, satisfaire à cette loi, au grand avantage du public médical.

Le titre qu'il a donné à son livre pourrait être l'objet de discussions, car il semble y avoir contradiction entre ses deux termes ; on comprend bien cependant que la pensée de l'auteur a été de s'occuper surtout de la description des symptômes, du diagnostic et du traitement, en laissant de côté l'anatomie pathologique.

Il n'a pas cru devoir adopter l'ordre alphabétique, si usité aujourd'hui, et il ne s'est pas non plus astreint à une classification systématique ; si, en effet, l'on étudie à ce point de vue sa table des matières, on voit que les descriptions portent successivement sur de pures lésions, telles que le purpura et les herpès, sur des affections telles que l'eczéma et l'acné, sur des maladies telles que les dermatites suppuratives, le chancre simple, le mycosis, la phthiriase, les teignes, la gale, sur les manifestations cutanées d'autres maladies, celles qu'il appelle ingénieusement tuberculides, ainsi que les léprides et les syphilides, sur des anomalies de développement, telles que les naevi et une partie des tumeurs, enfin sur des troubles fonctionnels tels que l'asphyxie locale des extrémités et l'hyperidrose : nous ne critiquerons pas ce groupement empirique, nous bornant à constater une fois de plus qu'une bonne classification des dermatoses est encore à trouver.

Les descriptions de M. Tenneson sont remarquables par leur netteté et leur concision : elles représentent, sous une forme parfois un peu succincte, mais toujours remarquablement nette et portant le cachet de la vérité, nos connaissances actuelles en dermatologie.

Attachant, à juste titre, une grande importance à la nomenclature, l'auteur fait, avec une érudition du meilleur aloi et malheureusement bien rare aujourd'hui, l'historique de chaque dénomination dermatologique ; son livre sera, à cet égard d'un grand secours à ceux qui voudront lire les auteurs anciens.

Le traitement des dermatoses est étudié dans l'ouvrage de M. Tenneson avec le plus grand soin : L'auteur met a profit son expérience personnelle pour choisir, entre les nombreuses médications qui ont été proposées, celles qui sont réellement actives ; il n'est nullement sceptique en thérapeutique, mais d'un éclectisme éclairé : c,est ainsi qu'il s'élève, à juste titre, contre l'emploi des médications internes banales que les générations médicales se transmettent par routine sans leur voir jamais produire de résultats appréciables ; il ne donne que des formules simples, protestant ainsi implicitement contre l'usage trop répandu de la polypharmacie. Il faut lire dans l'original le détail des soins minutieux que l'auteur recommande pour le traitement souvent si difficile des eczémas aigus, les grands avantages que lui donne dans ces affections ainsi que dans les prurigos et dans les urticaires l'enveloppement méthodique avec le caoutchouc, les applications nouvelles qu'il fait du curetage, etc., etc.

Nous nous permettrons, en terminant ce compte rendu quelques critiques de détail.

M. Tenneson range parmi les eczémas le pityriasis rosé de Gibert ; il s'appuie, sur les caractères de la plaque initiale, sur les analogies que peut présenter l'éruption avec celle de l'eczéma séborrhéique et sur les cas prolongés qui ont été signalés. Nous ne contestons pas que le diagnostic de cette dermatose avec l'eczéma séborrhéique ne puisse offrir de grandes difficultés et il nous paraît au moins très vraisemblable que de prétendus cas prolongés doivent être rangés sous cette dernière étiquette ; c'est ainsi du moins que nous considérons aujourd'hui un fait que, dans les premiers temps de notre séjour à Saint-Louis, nous avons regardé comme un pityriasis rosé de longue durée ; mais les analogies d'aspect sont loin d'impliquer une identité de nature : la caractéristique essentielle du pityriasis rosé de Gibert est son évolution qui est toute spéciale et n'appartient qu'à lui ; elle ne peut s'expliquer que par l'intervention d'un agent infectieux qui lui est propre ; après avoir subi une incubation de peu de jours dans la plaque initiale, il va se disséminer en foyers multiples qui s'éteignent spontanément au bout de quelques semaines ; ces deux ordres distincts de manifestations, se succédant à intervalles réguliers, rappellent ce que l'on observe dans le charbon et dans la syphilis, avec cette différence essentielle que, dans le pityriasis rosé, la maladie reste limitée au tégument externe ; quoi qu'il en soit, les faits que nous venons de rappeler suffisent à la différencier nettement de tous les eczémas.

Une autre question sur laquelle nous différons complètement d'avis avec M. Tenneson concerne le traitement des syphilides. Notre éminent collègue considère l'action préventive (il faut dire *curative*, car la syphilis persiste dans les intervalles qui séparent ses manifestations) du mercure comme problématique, celle de l'iodure de potassium comme certainement nulle ! il ne commence le traitement mercuriel qu'au moment où apparaissent les accidents secondaires et il l'interrompt dès qu'ils ont disparu pour y revenir seulement quand il se fait une poussée nouvelle : c'est la pratique de M. Diday. Elle nous paraît réduire singulièrement le rôle du médecin dans cette maladie ; nous lui attribuons, pour notre part, une toute autre importance ; l'action si manifeste du médicament sur les manifestations cutanées de la syphilis ne peut s'expliquer que par une action destructive des agents infectieux qui en sont les facteurs ; or, n'est-on pas en droit d'espérer qu'on peut agir de même sur une partie ou la totalité des germes qui restent latents et ont chance de présenter ultérieurement de nouvelles périodes d'activité pendant lesquelles ils donneront lieu de nouveau à des accidents ? Nous avons vu, pour

notre part, maintes fois des syphilis, malignes au début, perdre ce caractère après des cures de frictions et, d'autre part, les cas de syphilis graves que nous avons observés à Saint-Louis, se sont produits presque exclusivement chez des sujets qui n'avaient été que peu ou point traités dans les premières phases de la maladie ; nous ne pouvons, à cet égard, que confirmer la manière de voir exprimée par M. A. Fournier et invoquer l'appui de sa grande expérience.

Un dernier mot à propos des frictions : M. Tenneson les repousse de sa pratique usuelle parce qu'il les trouve sales. Nous avouons n'être que très médiocrement touché de cet inconvénient, plus apparent que réel, et nous continuerons, pour notre part, à employer, chaque fois que faire se pourra, ce mode d'administration de préférence à tout autre, car il n'en est pas de plus actif et il a le grand avantage de ne pas irriter les voies digestives, à l'encontre de toutes les pilules et solutions, qui souvent sont mal tolérées et, par suite, mal absorbées, nuisibles à la santé générale et d'une efficacité incertaine.

Hâtons-nous de dire que les points sur lesquels nous avons le regret d'être en désaccord avec M. Tenneson ne sont qu'en nombre fort restreint et que, si nous considérons dans son ensemble son beau travail, nous ne pouvons que l'en féliciter de tout cœur et lui souhaiter le succès qu'il mérite ; c'est l'œuvre d'un médecin qui a beaucoup vu, qui sait juger par lui-même et qui a le courage d'exprimer ses idées personnelles avec une grande et rare indépendance d'esprit.

H. HALLOPEAU.

LA MÉTHODE BROWN-SÉQUARD, par le docteur CH. ELOY.
Paris, J.-B. Baillière, 1893.

Notre confrère est un grand partisan de la méthode Brown-Séquard, c'est-à-dire d'une méthode générale de thérapeutique qui emprunte ses remèdes, — ferments ou autres substances ignorées du chimiste, — aux sécrétions glandulaires, aux extraits d'organes, au sang, c'est-à-dire à la matière vivante. La médication artritique ne constitue pas toute la méthode. A côté d'elle, il y a les médications thyroïdienne, capsulaire, pancréatique, cérébrale, et M. Eloy leur a donné place dans un livre parfaitement au courant de la science sur tous ces points.

Tout n'est pas attribuable à la suggestion dans les effets du liquide artritique, c'est un fait qui ressort surabondamment de la lecture des observations rassemblées par M. Eloy. Cependant, notre confrère s'empresse de le reconnaître, l'extrait testiculaire est un médicament de symptôme et jamais un remède spécifique. « L'erreur des enthousiastes a été de le considérer comme celui-ci ; la faute des sceptiques a été de ne point le reconnaître comme celui-là. » Félicitons l'auteur d'avoir vu ces deux écueils et de nous avoir appris à les éviter.

Nous serons moins sévères que M. Eloy dans notre jugement sur la médication cérébrale. En somme, la transfusion nerveuse semble réellement utile dans la neurasthénie contre laquelle, d'après M. Brown-Séquard lui-même, la médication artritique est parfois inefficace. Il n'est pas juste du tout de reprocher aux partisans des idées de M. Constantin Paul un enthousiasme peut-être un peu excessif, mais qui, en somme, n'égalera jamais celui des premiers adeptes des injections de suc testiculaire ; et bien qu'en son style imagé, M. Eloy considère la transfusion nerveuse comme une fille bâtarde et dégénérée de la médication artritique, nous espérons que, là aussi, le médecin trouvera de précieuses ressources.

Cette petite remarque n'empêche pas le livre de M. Eloy de porter l'empreinte d'un grand sens critique ; comme, de plus, il renferme toutes les indications nécessaires pour que les liquides organiques puissent être préparés par le plus modeste praticien, il ne peut manquer d'obtenir le succès que nous lui souhaitons de tout cœur.

COURRIER

—

Diminution du nombre des aveugles en Angleterre. — Le nombre des aveugles, en Angleterre, et dans le pays de Galles, va diminuant régulièrement depuis vingt ans. En 1871, on comptait un aveugle sur 1,051 habitants; dix ans plus tard, le rapport était de un sur 1,137, et lors du dernier recensement fait à la fin de 1891, on n'a plus trouvé qu'un aveugle sur 1,235 habitants. La diminution est surtout marquée pour la période comprise entre 0 et 5 ans, ce qui montre que cette amélioration est certainement due aux progrès de l'hygiène et à l'éducation des classes inférieures.

Opinion d'un journal anglais sur la maladie de Cornélius Herz. — On a tellement raconté dans la presse politique de choses extraordinaires sur la maladie de Cornélius Herz, qu'il n'est pas sans intérêt de mettre sous les yeux du public médical, l'opinion du *British médical Journal* l'un des deux journaux médicaux les plus importants de l'Angleterre.

« Pendant plusieurs mois la santé de Cornélius Herz a été dans un état désespéré et sa mort ne semblait être qu'une question de jours ; les vomissements étaient incessants, plusieurs fois il eut même des hématémèses alarmantes.

En août, une amélioration se produisit, et le malade espéra pouvoir aller à Londres, mais il ne put risquer ce voyage.

Le 15 septembre, le docteur Lauder Brunton écrivait ce qui suit : « J'ai vu lundi 11 septembre, le docteur Cornélius Herz, avec le docteur Frazer et le professeur Mac Hardy. Sa circulation avait plus de force que dans mes visites antérieures. A l'auscultation de la région aortique, on entendait un bruit systolique plus intense qu'auparavant ; il y avait en outre un bruit diastolique, doux, se prolongeant au dessous du sternum jusqu'à moitié de cet os, bruit qu'on n'avait pas perçu jusqu'ici. Il existait aussi un souffle systolique net à la pointe du cœur. La rate était sensible à la palpation, mais ne descendait plus au-dessous des côtes. L'analyse d'un échantillon de l'urine, faite par MM. Allen et Hanbury, montra qu'il y avait encore une quantité considérable de sucre, moindre toutefois que dans l'échantillon dosé quelque temps avant par le docteur Frazer.

La douleur excessive que le malade accusait dans la région cardiaque, jointe à l'apparition d'un bruit diastolique au foyer aortique, rend très probable l'hypothèse que le Dr Herz est atteint d'une affection cardiaque, progressive. Dans ces neuf derniers mois il a vieilli au moins de 10 à 15 ans, et je crains bien, à moins que les tourments, l'inquiétude et l'anxiété auxquels il est soumis ne diminuent, que la maladie du cœur ne continne à progresser et n'aboutisse avant quelques mois à un état de santé irrémédiable et même à la mort ».

Le docteur Brunton, à la date du 26 septembre, émettait l'opinion suivante confirmée par les docteurs Frazer et Mac Hardy, qui ont vu depuis le malade :

« Il a eu une violente douleur au cœur et je crois qu'il a de l'athérome aortique, que cette lésion est en voie de progrès, comme le prouve l'apparition d'un souffle diastolique, et qu'elle s'étend probablement aux artères coronaires. En conséquence, il est sous le coup d'une angine de poitrine qui peut s'aggraver et l'emporter brusquement. Sa circulation est maintenant assez bien rétablie pour que je ne croie pas à un collapsus cardiaque et pour qu'il puisse courir le risque d'être amené à Londres. Mais le danger d'un pareil transport est indiscutable et, à moins qu'il ne puisse être délivré de ses anxiétés, je ne crois pas à la possibilité d'une guérison et je ne pense pas qu'il puisse

vivre encore plus d'une année. Ce que je crains, si on l'envoie en prison, c'est que l'excitation, produite par cette décision, ne provoque une crise d'angine de poitrine qui le tuerait.

— Le célèbre professeur de physiologie Helmholtz s'est assez gravement blessé sur le steamer *Saale* à son retour d'Amérique.

— La Société d'anthropologie de Paris, dans sa séance de jeudi dernier, à laquelle assistait le docteur Aristoff, de l'escadre russe, l'a nommé par acclamation membre associé étranger.

Voici le texte des dépêches qu'ont échangées hier les médecins de l'hôpital Alexandre, de Saint-Pétersbourg, et le directeur de l'Hôtel-Dieu de Paris, en son nom et en celui des internes :

« Les médecins de l'hôpital municipal Alexandre, fondé en mémoire de la libération des serfs du 19 février 1881, lisent avec un vrai transport les nouvelles de l'accueil cordial fait à leurs compatriotes dans le cœur de la chère France ; ils souhaitent sincèrement que les sentiments de sympathie mutuelle entre les deux pays durent éternellement.

« Vive la France !

« Professeur Basyl Dobroklousky, directeur. »

Le directeur de l'Hôtel-Dieu et les internes, unis dans un même sentiment de reconnaissance, accueillent avec un véritable enthousiasme l'expression des vœux formés par les médecins de l'hôpital municipal Alexandre.

Ils sont contents d'avoir pu recevoir au milieu d'eux les représentants de la médecine russe et de leur donner des preuves de l'ardente sympathie qui unit pour toujours les deux nations sœurs.

Vive la Russie !

— Une médaille d'or vient d'être décernée par l'Assistance publique à M. Thibierge, qui avait été chargé du service organisé à l'Hôtel-Dieu annexe pour les malades atteints du typhus.

Nécrologie. — Le docteur Coquillaud (Marie-Hippolyte-Emile), de Fontenay-le-Comte. — Le docteur Griffon, d'Ay (Marne). — Le docteur Warren-Bey, de Paris. — M. Jacob, médecin à Reims. — M. Laurent-Préfontaine, interne de 4e année à l'hôpital Beaujon, mort de fièvre typhoïde à l'âge de 29 ans. — Le docteur Firmin (François), ancien interne des hôpitaux de Paris (1847), chevalier de la Légion d'honneur, médecin de l'Opéra, du lycée Charlemagne et de l'Ecole supérieure de commerce.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

MORT DU PROFESSEUR LÉON LE FORT

Un nouveau deuil vient de frapper la famille médicale; c'est le quatrième de ses professeurs que la Faculté perd cette année, c'est le dixième de ses membres que l'Académie de médecine a vu mourir depuis le 1er janvier. On se demande où s'arrêtera cette série de décès que rien ne faisait prévoir et que rien ne justifie.

Léon Le Fort est mort subitement jeudi soir, dans sa propriété de Briou, à Menestreau-en-Villette. Mardi il avait, comme vice-président de l'Académie de médecine, occupé le fauteuil en remplacement de M. Laboulbène; et pris la parole au cours de la discussion sur la déclaration des maladies contagieuses. Il avait montré sa lucidité et sa facilité de parole habituelles; cependant on avait remarqué, dans sa physionomie, une certaine expression de fatigue et d'abattement. Il n'avait pas son entrain habituel. Personne assurément ne s'en serait souvenu sans la catastrophe qui l'a enlevé quarante-huit heures après.

Il est mort dans la plénitude de sa force et de ses facultés, à un âge qui, pour les savants, n'est pas encore la vieillesse (1) et sans qu'aucune infirmité, qu'aucune maladie ait pu faire prévoir à sa famille le coup terrible qui allait la frapper. Il est mort loin de Paris, comme Charcot; mais, plus heureux que lui, il a rendu le dernier soupir au milieu des siens, dans un pays auquel il s'était attaché par les nombreux services qu'il lui avait déjà rendus.

La carrière de Le Fort a été rapide et brillante. Interne à 24 ans, prosecteur à 29, il était agrégé à 34 et professeur à 50. L'Académie de médecine se l'était associé en 1877 et il devait la présider l'an prochain. Son existence a été plus accidentée que ne l'est habituellement celle des jeunes médecins qui suivent la même ligne que lui. Il a fait, en qualité de sous-aide-major, la campagne d'Italie et il avait conservé de son passage sous les drapeaux, certaines allures militaires qui ne messeyaient pas à sa figure énergique et distinguée. Plus tard, lorsqu'il était déjà agrégé et chirurgien des hôpitaux, il fut envoyé en mission par l'administration de l'Assistance publique, pour visiter les principaux services hospitaliers de l'Allemagne, de l'Autriche et de l'Angleterre, et pour rechercher les perfectionnements qu'il était possible d'apporter aux nôtres. Il devait fixer principalement son attention sur la situation des maternités et sur la mortalité des femmes en couches. Une pareille confiance témoignée, par un homme de la valeur de Husson, à un chirurgien de 35 ans, était justifiée par les titres qu'il s'était acquis déjà et dont l'exposition me force à faire un retour de quelques années en arrière.

A l'époque où Le Fort n'était encore qu'un prosecteur d'anatomie, les chirurgiens français n'étaient pas, comme ils le sont aujourd'hui, à l'affût

(1) Le Fort (Léon-Clément) était né à Lille, le 5 novembre 1829.

de tout ce qui se fait à l'étranger. Aussi les résections articulaires, qui avaient pourtant vu le jour chez nous, étaient passées dans la pratique courante en Angleterre et en Allemagne, alors que nous avions encore des doutes sur la valeur de la plupart d'entre elles. Le Fort prit le parti d'aller étudier la question en Angleterre, il y passa six mois et revint en France muni de documents originaux et d'observations personnelles. Il en fit l'objet de deux mémoires de la plus haute importance, l'un sur la résection du genou, l'autre sur celle de la hanche. Il lut le premier à la Société de chirurgie, le 2 juin 1859, et l'autre à l'Académie de médecine, le 4 décembre 1860.

Ces travaux de premier ordre fixèrent l'opinion encore indécise ; ils démontraient l'innocuité relative des résections et les services rendus par les membres conservés.

La Société de chirurgie se prononça en leur faveur et la presse médicale fit comme elle. L'Académie de médecine y mit moins d'empressement ; mais la discussion ne tarda pas à s'y porter sur un terrain plus brûlant. L'insuccès des grandes opérations chirurgicales dans notre pays fut mis, à juste titre, sur le compte de l'insalubrité des hôpitaux français. Malgaigne avait déjà jeté le cri d'alarme et l'Académie s'y était associée.

L'attention du public médical s'était également portée sur une conséquence encore plus désastreuse que l'infection nosocomiale. La mortalité des femmes en couches était arrivée à des proportions formidables dans les Maternités, malgré tous les efforts faits pour les assainir. La fièvre puerpérale y enlevait le dixième des accouchées, tandis qu'en ville il n'en mourait que 4 sur 1,000. C'est alors que Le Fort, dont les beaux mémoires avaient soulevé la question, fut envoyé à l'étranger. Le rapport qu'il adressa à son retour à l'Assistance publique est un document de premier ordre, qui a servi de base à toutes les discussions qui ont eut lieu depuis sur cet important sujet. A l'aide des documents qu'il avait recueillis à l'étranger, Le Fort a pris également une part active au grand travail sur l'hygiène hospitalière auquel la Société de chirurgie s'est livrée à cette époque, ainsi qu'aux réformes qui sont sorties de ces débats.

C'est, à mon avis, le plus important de ses titres scientifiques, et c'est pour cela que je me suis arrêté quelque temps sur des faits qui sont encore très présents à ma mémoire, mais qui ne sont pas aussi familiers à la génération contemporaine. En prouvant à quel point la propreté des salles d'hôpital, celle des malades et des chirurgiens influent sur le résultat des opérations, il a été l'un des promoteurs du grand mouvement scientifique dont l'antisepsie chirurgicale a été le dernier terme ; mais il s'est borné à en être le précurseur ; il s'est contenté de montrer la voie sans jamais s'y engager.

Le Fort a pourtant d'autres titres scientifiques que ceux que je viens d'exposer. Il a pris une part des plus actives à tous les actes de la Faculté, depuis le jour où il en a fait partie, à la plupart des discussions importantes de l'Académie depuis qu'il en est devenu membre. Il se complaisait surtout aux questions d'hygiène et d'économie politique, dont il s'était beaucoup occupé. Il apportait dans ces débats, un talent d'exposition et une érudition des plus remarquables. Dans ses discours, très étudiés, il faisait preuve d'une connaissance approfondie de la littérature médicale

étrangère ; aussi, était-il un des orateurs les plus écoutés de l'Académie, même alors qu'elle ne partageait pas ses opinions, ce qui était assez fréquent. Dans le cours de ses voyages, il s'était lié avec la plupart des célébrités chirurgicales de l'étranger ; il connaissait à fond leurs travaux et les institutions médicales de leurs pays. Il a écrit sur ces derniers un mémoire intéressant et très utile à tous ceux qui ont à traiter les questions de législation comparée (1).

Le Fort était bien assis dans l'existence. Il avait épousé jeune encore la fille de Malgaigne, qui lui avait apporté, avec les qualités les plus aimables et l'appui scientifique de son père, une fortune qui lui a permis de négliger les ressources de la clientèle et de se consacrer tout entier au travail scientifique. Il a suivi l'exemple de Malgaigne en donnant à son tour la main de sa fille à un homme d'avenir, agrégé et chirurgien des hôpitaux, qui continuera dans la famille les traditions de travail, de loyauté et de probité scientifiques fondées par son chef, qui fut, à mon avis, l'un des plus grands esprits qui aient illuminé la chirurgie.

Le Fort laisse de profonds regrets dans le corps médical. Il y était aimé pour ses qualités de cœur, pour sa droiture, pour la convenance parfaite avec laquelle il défendait des idées parfois un peu paradoxales. C'était un ami sûr, il aimait à obliger et il savait tenir sa parole.

Jules ROCHARD.

Sur la folie post-opératoire

Je viens de lire dans la *Gazette médicale* du 14 octobre, un intéressant travail de M. le docteur E. Régis (de Bordeaux), sur un *cas de folie consécutive à une ovaro-salpingectomie.*

L'auteur résume sa pensée en disant que la malade était prédisposée par des influences héréditaires, mais que les causes déterminantes de sa folie ont été le tranmatisme, l'anesthésie et, principalement, « les modifications biologiques apportées dans l'économie par la suppression d'organes aussi importants que les ovaires. »

La question pourrait me mener loin ; je veux seulement l'effleurer. Sur un nombre considérable d'opérations abdominales, jamais il ne m'a paru que la suppression de l'utérus ou des ovaires — il s'agit de femmes adultes — apportât dans l'organisme une perturbation si profonde.

Mais j'ai vu trois cas de folie après les opérations, d'où il ressort pour moi, très nettement : 1° qu'il s'agit de femmes prédisposées ; 2° que les troubles mentaux n'ont pas de rapport avec la nature de l'acte chirurgical, et que c'est une erreur d'incriminer la castration ovarienne plutôt qu'une opération quelconque.

Le 11 février dernier, j'ai enlevé par la voie vaginale les deux ovaires et les deux trompes suppurées, à une femme profondément hystérique et ayant depuis longtemps des troubles de l'intelligence. Ceux-ci furent tellement aggravés par l'opération, qu'il fallait envoyer la malade à Sainte-Anne, où elle commence, paraît-il, à s'améliorer.

Je dis que cette folie a éclaté sur un terrain préparé de longue date et

(1) Etude sur l'organisation de la médecine en France et à l'étranger.

sous l'influence de mon intervention, mais qu'elle n'a aucun rapport avec la suppression de l'utérus ou des ovaires. Et j'en trouve la preuve dans un cas analogue observé en mars 1891, celui d'une fille hystérique, de caractère exalté et de conduite incohérente, opérée pour une tumeur séro-hématique de la trompe droite. Je résèque partiellement la paroi tubaire, je ne l'enlève pas en totalité, et je laisse intacts les deux ovaires et la trompe gauche. Au bout d'une dizaine de jours, allant parfaitement bien, la malade est prise d'hallucinations, et je suis forcé de l'envoyer à Sainte-Anne ; elle y reste huit mois, redevient calme et quitte l'asile en bonne santé. Voilà bien un cas de folie dont la nature n'est pas douteuse; la prédisposition est évidente, l'opération a joué le rôle d'un excitant, mais la perte des ovaires ou de l'utérus n'y est pour rien puisqu'ils sont conservés.

J'ai vu encore à la suite d'une hystérectomie abdominale pour fibrôme, faite le 25 octobre 1892 et suivie d'une guérison parfaite, une femme de 47 ans essayer de se couper la gorge avant sa sortie de la maison de santé, puis, rentrée chez elle et très bien portante, recommencer avec plein succès. Elle était sombre et mélancolique avant l'opération, et j'attribuais sa tristesse aux pertes sanguines et aux douleurs qu'elle éprouvait ; mais, quand eut lieu la première tentative de suicide, on m'apprit que c'était une récidive et que, deux ans auparavant, même aventure lui était arrivée.

Il s'agit, en somme, d'hystériques en imminence de folie ou d'aliénées qui ont déjà fait leurs preuves, et la nature de l'opéraiton n'a rien à voir avec les accidents.

L.-G. Richelot.

RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE DANS L'ENFANCE, (1)

Par H. Richardière

J'ai eu l'occasion d'observer au mois de septembre dernier, dans le service du docteur Sevestre que je remplaçais à l'hôpital Trousseau, un fait de rhumatisme blennorrhagique chez une petite fille âgée de 7 ans.

Les complications articulaires de la blennorrhagie de l'enfance sont rares. Elles sont encore peu connues. Aussi il m'a paru utile de faire connaître à notre Société le fait suivant, dont l'intérêt réside dans l'évolution clinique de l'arthrite blennorrhagique.

Louise C..., âgée de 7 ans, entre le 1er septembre 1893 à l'hôpital Trousseau.

Les parents de Louise C... sont bien portants. L'enfant est d'une santé délicate. Elle a été soignée antérieurement pour de l'*anémie* ? et envoyée en traitement à l'hôpital de Forges, au mois d'avril dernier.

Les renseignements donnés par les parents nous apprennent que Louise C... est malade depuis une quinzaine de jours environ. Elle a, d'abord, eu des douleurs dans le ventre. Depuis deux jours, elle se plaint de douleurs dans le genou gauche et dans le pied droit. Elle ne peut plus se tenir debout.

Quand nous examinons Louise C... pour la première fois, nous constatons l'existence de manifestations articulaires.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux (Séance du 20 octobre 1893)

Les articulations du poignet gauche et du genou droit sont douloureuses. Les mouvements de la main gauche et de la jambe droite sont très pénibles. Lorsqu'on cherche à provoquer ces mouvements, la malade ressent des douleurs très vives.

Au poignet gauche, il existe du gonflement et de la rougeur, surtout appréciables à la face dorsale. Le gonflement et la rougeur se prolongent sur le dos de la main, dans la région occupée par la gaine des extenseurs des doigts.

Le genou droit est tuméfié. Les autres articulations sont saines. Il n'y a pas de signes d'inflammation du péricarde ni de l'endocarde.

L'enfant a une température élevée : 39.2.

Louise C., est, de plus, atteinte de vulvite. La muqueuse vulvaire, rouge et enflammée, secrète un muco-pus abondant. L'urèthre participe à l'inflammation. L'inflammation de la vulve remonte à une quinzaine de jours. C'est à cette inflammation qu'il faut attribuer es douleurs de ventre, accusées par l'enfant dès le début de sa maladie.

Le pus, provenant de la vulve enflammée, a été examiné au point de vue bactériologique par M. Péron, interne du service. Ce pus renfermait des microorganismes, qui, par leur siège et leurs réactions vis-à-vis des couleurs d'aniline avaient les caractères des gonocoques.

En raison des manifestations articulaires, nous prescrivons 3 grammes de salicylate de soude par jour. Le médicament parut tout d'abord avoir un effet favorable. Les douleurs diminuèrent d'intensité, le gonflement et la rougeur s'atténuèrent.

L'amélioration persista pendant 3 jours; l'enfant paraissait en voie de guérison lorsque le 5 septembre le cou-de-pied droit se prit à son tour.

L'articulation tibio-tarsienne droite devint extrêmement douloureuse.

Du gonflement et de la rougeur apparurent en arrière de la malléole externe au niveau de la gaine des péroniers. Cette nouvelle détermination articulaire, ou mieux cette synovite, fut absolument rebelle au salicylate de soude.

Elle eut, d'ailleurs, tous les caractères du rhumatisme blennorrhagique : absence de fièvre et de complications cardo-péricardiques ; fixité de l'inflammation sur une seule jointure; tuméfaction considérable avec œdème prononcé des tissus rougeur, violacée des téguments; absence d'action du salicylate de soude. Cette arthrosynovite persista sans aucune modification jusqu'au 15 septembre. A ce moment, la jambe de Louise C. fut immobilisée. Sous l'influence de l'immobilisation, la douleur disparut rapidement et en peu de jours l'amélioration devint très sensible. Au bout de 17 à 18 jours, l'arthropathie était guérie, les mouvements étaient redevenus possibles.

La guérison a été complète, sans ankylose, sans atrophie des muscles.

Il est hors de doute que les manifestations articulaires présentées par cette enfant ont eu les caractères cliniques ordinaires du rhumatisme blennorrhagique.

Louise C. était atteinte de vulvo-uréthrite purulente. Le pus renfermait des micro-organismes, qui, en raison de leur siège et de leurs réactions colorantes, devaient être considérés comme des gonocoques. La cause de cette blénnorrhagie est restée inconnue, comme il arrive si souvent dans les blénnorrhagies de l'enfance; mais l'obscurité qui persiste sur la manière dont la maladie a été contractée n'empêche pas d'être fixé sur sa nature. La présence du gonocoque dans le pus secrété par la muqueuse de la vulve permet d'affirmer la blennorrhagie.

D'autre part, les manifestations articulaires ont eu l'évolution clinique ordinaire des arthrites blennorrhagiques.

L'enfant a été atteinte de rhumatisme pendant la période aiguë de sa blennorrhagie.

Après quelques jours, pendant lesquels le rhumatisme a paru avoir une certaine tendance à la généralisation, l'inflammation articulaire s'est fixée sur une seule jointure (sur l'articulation tibio-tarsienne) et s'est manifestée par les symptômes ordinaires de l'arthrite blennorrhagique. La jointure malade était très douloureuse. Les mouvements spontanés étaient supprimés. Les mouvements provoqués déterminaient une vive douleur. Il existait autour de la jointure, principalement à la région externe un gonflement notable accompagné d'une rougeur violacée de la peau et d'un œdème marqué des tissus péri-articulaires. L'inflammation était surtout intense au niveau de la gaine des péroniers.

Le salicylate de soude n'a eu aucune influence sur cette détermination articulaire. Il n'a amené ni la disparition des douleurs, ni la diminution du gonflement et de la rougeur.

Enfin, l'arthrite a persisté sans modification tant que la jointure n'a pas été immobilisée. Elle ne s'est améliorée que grâce à l'immobilisation. Avec un pareil ensemble de symptômes, on peut affirmer qu'il s'est agi d'un rhumatisme blennorrhagique et non d'un rhumatisme articulaire aigu, survenu à titre de simple coïncidence.

III

Les faits de rhumatisme blennorrhagique survenus dans les mêmes conditions, chez les jeunes sujets sont encore peu nombreux, Bien que les vulvovaginites d'origine blennorrhagique soient d'une assez grande fréquence, les complications articulaires qui constituent le rhumatisme blennorrhagique sont assez rares pour que, dans une étude très complète sur le rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant, notre collègue Bédère n'ait pu en réunir que 6 observations. La première observation a fait le sujet d'une clinique de M. Ollivier, publiée dans la *Médecine moderne* (1891). Elle concerne une fillette de cinq ans et demi, qui dans le cours d'une vulvo-vaginite blennorrhagique communiquée dans une tentative de viol, fut atteinte d'arthrite de l'articulation radio-carpienne.

Dans une deuxième observation, recueillie par Bédère, une enfant de vingt mois, malade d'une blennorrhagie qui lui fut transmise accidentellement par sa mère, présenta une arthrite tibio-tarsienne. Avec ces deux observations, Bédère en a rapporté deux autres dues à Köplik, concernant des fillettes âgées l'une de cinq ans, l'autre de trois ans et demi, atteintes toutes deux de rhumatisme blennorrhagique dans le cours d'une vulvo-vaginite. Deux observations, qui prêtent à la discussion, ont été publiées pa Deutschmann, qui aurait observé le rhumatisme blennorrhagique chez deux nouveau-nés atteints d'ophtalmie blennorrhagique.

Tels sont les documents que Bédère a pu réunir. On voit qu'ils sont peu nombreux et que le nombre des cas de rhumatisme blennorrhagique de l'enfance qui ont été publiés est encore très restreint.

Dans les faits publiés jusqu'à ce jour, abstraction faite des observations de Deutschmann, le rhumatisme blennorrhagique a toujours été une complication de la vulno-vaginite. Il n'a pas encore été observé chez les jeunes garçons,

Le rhumatisme blennorrhagique a été observé chez des enfants de vingt mois, de trois ans, de cinq ans de sept ans en un motà toute les périodes de l'enfance. Si on accepte les observations rapportées par Deutschman on pourrait même l'observer chez les nouveau-nés atteints d'ophtalmie blennorrhagique.

Les symptômes du rhumatisme blennorrhagique de l'enfance ne diffèrent pas des symptômes du rhumatisme blennorrhagique de l'adulte.

Le plus souvent, une seule jointure est intéressée. Les articulations radio-carpienne et tibio-tarsienne sont le siège de prédilection de l'arthrite infectieuse. Auniveau de la jointure malade, les gaines séreuses et tendineuses participent à l'inflammation.

Les douleurs sont vives. L'œdème péri-articulaire est assez marqué. La peau qui recouvre la jointure et les gaines tendineuses a une couleur rouge foncé.

L'évolution clinique seule paraît différer. Dans l'enfance, malgré l'acuité des phénomènes du début, l'arthrite a une évolution assez rapide. Il semble que l'inflammation articulaire ait moins de tendance que chez les adultes à persister sans atténuation. Dans le fait que j'ai observé, au bout de deux semaines, les phénomènes inflammatoires ont diminué d'intensité sous l'influence d'une immobilisation incomplète, réalisée par un pansement ouaté, sans qu'il ait été nécessaire de recourir à un appareil plâtré ou silicaté,.

L'immobilisation est devenue inutile dès la fin de la deuxième semaine. Dans tous les faits publiés, la terminaison par la guérison a été observée chez les malades, le plus souvent sans ankylose et sans complications. M. Ollivier a noté cependant l'atrophie momentanée des muscles du membre.

En résumé, le rhumatisme blennorrhagique de l'enfance a des symptômes analogues à ceux du rhumatisme blennorrhagique de l'adulte. Il en diffère, cependant, par la rapidité plus grande de son évolution et par sa moindre durée. Son pronostic est, en somme, plus favorable que chez l'adlute.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 octobre 1893. — Présidence de M. Guérin.

M. le Président fait part à l'Académie de la mort de M. L. Le Fort, président désigné et lève la séance en signe de deuil.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 octobre 1893. — Présidence de M. Chauveau

Physiologie de l'étrier. — M. Gellé rappelle que les vibrations sonores soit qu'elles pénètrent dans l'oreille par la voie aérienne ou par la voie osseuse, c'est la platine de l'étrier qui leur donne accès dans le labyrinthe; cette mince lamelle mobile de la paro labyrinthique reçoit de la chaîne des osselets les ondes qu'elle transmet au liquide péri-

lymphique qui lui est contigu dans le vestibule. Les auteurs ont émis diverses opinions pour déterminer le mouvement de la base de l'étrier; les uns ont admis un mouvement en volet, c'est-à-dire la partie antérieure seule oscillant sur la pointe postérieure fixe; d'autres croient qu'il se produit un mouvement de bascule. M. Gellé a toujours vu la platine s'enfoncer du côté du vestibule sans oscillation appréciable sur l'oreille saine; il a essayé de rendre la chose manifeste en construisant un ensemble de leviers articulés imitant par leur disposition et dans leurs jointures fixes les leviers osseux de l'oreille. Il importe de bien fixer ce point de physiologie de l'oreille, pour bien comprendre la pathogénie de certaines surdités caractérisées par la fixité de l'étrier.

Epilepsie et maladies infectieuses. — M. Féré a observé plusieurs fois des érysipèles chez des épileptiques et n'a point constaté d'amélioration dans l'état antérieur de ces malades. On ne saurait donc dire, comme l'ont prétendu certains auteurs, que les maladies infectieuses pouvaient amener la disparition des crises épileptiques.

Altérations consécutives au diabète expérimental. — M. Charrin décrit les lésions anatomo-pathologiques qui s'observent au cours du diabète expérimental; ce sont, tout d'abord, des altérations de l'intestin, des lésions rénales caractérisées par une néphrite parenchymateuse, enfin des altérations typiques du foie portant sur le système porte et péri-hépatique.

Tétanos de la poule. — MM. Courmont et Doyon sont les premiers auteurs qui aient pu observer le tétanos de la poule. Kétasato, Vaillant, Roux, avaient échoué. Les auteurs se sont servis pour cela de cultures d'activité diverses du bacille de Nicolaïer. Ils apportent un lot de dix poules ainsi rendues tétaniques. Les autres auteurs injectaient de trop faibles doses et en plusieurs fois. MM. Courmont et Doyon sont en outre parvenus à vacciner la poule contre le tétanos à l'aide de petites doses.

Outre ces deux faits entièrement nouveaux, ce travail apporte un argument aux théories chimiques de l'immunité; Vaillard avait montré que le sérum de la poule, animal qu'il croyait réfractaire, n'est pas *antitétanique*, mais le devient par injection de produits solubles. Il semblait donc que l'état réfractaire pouvait exister sans propriétés antitétaniques du sérum et que là n'était pas le mécanisme de l'immunité. Cette objection disparaît donc complètement.

Tétanos chez l'homme par inoculation accidentelle. — M. Nicolas (de Lyon) relate un cas de tétanos typique dont il a failli être victime à la suite de l'injection accidentelle d'une très faible dose de culture filtrée du bacille de Nicolaïer. Cette culture extrêmement active n'était autre que celle employée par MM. Courmont et Doyon pour tétaniser la poule.

L'accident consista en une simple piqûre faite à la main gauche avec une aiguille de Pravaz stérilisée au préalable et seulement humide de la culture filtrée qu'il venait d'injecter à des poules. De son observation qu'il communiqua, il résulta qu'un tétanos généralisé a été la conséquence de l'introduction sous-cutanée de cette dose infime de culture filtrée du bacille de Nicolaïer. L'homme se place ainsi au premier rang en tête des espèces animales par ordre de sensibilité aux produits solubles de ce bacille.

Les seules particularités cliniques à signaler sont : l'absence constante de température, les symptômes très nets de congestion spéciale, la sensibilité extrême au froid, et enfin le début des contractures au niveau de la région inoculée où elles ont persisté également en dernier lieu.

Au point de vue expérimental la période silencieuse d'incubation de 4 jours, bien que l'injection ait contenu les substances solubles toutes formées, tend à confirmer la théorie de MM. Courmont et Doyon, que ce poison n'est pas toxique par lui-même, mais

fabrique la substance strychnisante aux dépens de l'organisme. Cette phase indispensable de fermentation constitue la période d'incubation.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

—

MÉDECINE

Conclusions thérapeutiques sur l'emploi du gallanol dans le psoriasis et l'eczéma, par MM. P. Cazeneuve et Et. Rollet. — Les observations de MM. Cazeneuve et Rollet démontrent avec la plus grande évidence que le gallanol est un agent curatif de premier ordre dans certaines formes d'eczéma subaigu et chronique : qu'il convient particulièrement aux cas pouvant guérir sans récidive ; de plus, qu'il guérit momentanément les autres, c'est-à-dire qu'il réclame, comme toute médication externe, le concours du régime et du traitement interne. Il fait disparaître les démangeaisons, arrête le suintement et amène une dessiccation rapide. Il s'emploie soit en poudre, soit en pommade à 0,50, 1, 2 et 3 grammes pour 30 grammes, A ce propos, le médecin doit tâter la susceptibilité de son malade.

MM. Cazeneuve et Rollet ont rencontré par exception des peaux qui devenaient le siège d'une poussée éruptive avec une pommade à 1 gramme sur 30 d'excipient. Fait important, cette poussée, qui n'est pas constante, même avec des pommades à 3 grammes sur 30, a une influence heureuse sur l'issue de l'affection. Une simple onction consécutive faite avec la vaseline boriquée amène promptement la guérison.

L'axonge benzoïnée comme excipient est préférable à la vaseline trop fusible qui coule sur la peau.

Pour le psoriasis, l'action du gallanol est surtout sensible dans le psoriasis de moyenne intensité. C'est un agent précieux pour le cuir chevelu, la face et le cou ; car son action est plus rapide que celle des alcalins. Le gallanol s'emploie soit mélangé à 1, 3, 10 grammes sur 30 grammes d'axonge, soit mélangé à la traumatiane. Bien entendu, les décapages doivent précéder l'application.

MM. Cazeneuve et Rollet se sont très bien trouvés, dans le psoriasis, de l'application au pinceau d'une solution alcoolique de gallanol ammoniacal dans les proportions suivantes : alcool à 93°, 50 grammes, gallanol, 10 grammes, ammoniaque liquide, 1 gramme. Le gallanol ammoniacal, plus réducteur, a une action très favorable.

Dans ces proportions, l'ammoniaque ne donne aucune propriété caustique au mélange.

Dans les psoriasis anciens et rebelles, le gallanol semble agir moins vite que l'acide chrysophanique et l'acide pyrogallique, et surtout que l'iode chloruré de mercure, mais il offre sur ces médicaments l'avantage de n'être pas toxique, et de pouvoir être laissé entre les mains des malades sans avoir à redouter des accidents.

Ce médicament, comme tous les agents utilisés en thérapeutique, ne rendra de réels services que lorsque le médecin le connaîtra bien et saura le manier.

Bien que le gallanol soit un antiseptique et un microbicide, il ne peut être utilisé dans le pansement des plaies chirurgicales, il est trop irritant.

Il ne faut pas le regarder non plus comme un succédané de l'amidon et l'appliquer inconsidérément dans l'entertrigo ou l'érythème. Il peut occasionner des dermites sans que des suites graves soient d'ailleurs à redouter.

En résumé, le gallanol entre des mains expérimentées rendra certainement de signalés services dans l'eczéma et certains psoriasis.

Etude expérimentale et clinique sur le stérésol, par le docteur F. Berlioz. — On sait, depuis les recherches de Lœfler, que la diphtérie est une maladie bacillaire ; on sait encore, par les travaux de Roux et Yersin, que l'infection reste locale et que le danger réside dans le poison sécrété par le bacille.

Toute infection locale est guérissable, quand on peut lui apporter à temps un traitement antiseptique.

Le stérésol est un mélange de gomme laque, benjoin et baume de Tolu qui, dissous dans l'alcool, adhère parfaitement aux muqueuses et aux surfaces humides. Ce mélange adhésif contient un antiseptique bien connu : le phénol, dans la proportion de 10 pour 100.

Les expérimentations du docteur Berlioz ont prouvé le pouvoir énergiquement bactéricide du stérésol ; elles ont prouvé aussi que son action antiseptique ne s'exerce pas seulement au moment de son application, mais qu'elle se continue au moins vingt-quatre heures.

Tel est le remède; son application dans le traitement de la diphtérie est tout indiquée; c'est un pansement antiseptique commode, et il peut remplacer avantageusement la méthode de Gaucher.

L'essai qu'on en a fait dans le service des diphtériques, à l'hôpital Trousseau, semble avoir donné les meilleurs résultats. Son action sur les ulcérations lupiques de la face et du nez a été remarquablement rapide, d'après le docteur Hallopeau.

Mode d'emploi. — Dans la gorge, le stérésol doit être appliqué avec un pinceau largement imbibé. Dans la diphtérie grave, les applications doivent être faites toutes les deux ou trois heures. Il faut au préalable avoir soin de faire avaler la salive, et après l'application du pinceau, engager le malade à faire plusieurs respirations amples et rapides, pour activer l'évaporation de l'alcool.

L'acide carbonique à haute pression doit-il être considéré comme un antiseptique puissant ? par MM. Sabrazes et Bazin. — M. d'Arsonval a recommandé, pour la purification des extraits organiques, un stérilisateur-filtre qui se compose essentiellement d'une bougie d'alumine, au-dessus de laquelle on fait arriver de l'acide carbonique sous une pression de 50 à 60 atmosphères. Il y a avantage dans certains cas, d'après M. d'Arsonval, à supprimer la bougie filtrante, qui a l'inconvénient de retenir une certaine proportion de matières colloïdes ; dans ces conditions, les liquides introduits dans l'appareil ainsi transformé en autoclave à acide carbonique sont-ils stérilisés lorsqu'on a laissé agir sur eux, pendant deux heures, une pression de 53 atmosphères ? M. d'Arsonval a résolu cette dernière question par l'affirmative, après avoir pratiqué lui-même quelques essais dans ce genre. Les résultats que MM. Sabrazes et Bazin ont obtenu les ont conduits à des conclusions tout à fait opposées à celles formulées par M. d'Arsonval.

Ces recherches ont porté sur les bouillons de culture de *staphylocoque doré*, de *bacille typhique*, de *bactérium coli*, de *bactéridie charbonneuse.* Le stérilisateur-filtre a été transformé en autoclave, après avoir été examiné par M. Szernoviez, ingénieur des arts et manufactures. Le manomètre a été soumis à diverses vérifications qui ont démontré la parfaite exactitude de sa graduation : les pressions obtenues à l'aide d'un acide carbonique, dont M. le professeur Blarez a garanti la pureté, ont été prolongées au delà de dix heures, avec des intensités oscillant entre 59 et 60 atmosphères, qu'il est d'ailleurs pratiquement difficile de dépasser. L'appareil était préalablement purgé de l'air qu'il contenait par une décompression.

La quantité de liquide a stériliser, placée en couche mince, n'excédait pas 5 centimètres cubes.

Dans tous les cas, les micro-organismes expérimentés n'ont été modifiés ni dans leurs *propriétés morphologiques* ni dans leur *développement.*

Bien plus, la bactéridie charbonneuse, après une compression de 60 atmosphères prolongée pendant plus de six heures, a conservé l'intégrité de sa virulence, ainsi qu'en témoigne l'inoculation positive de la souris.

De ces faits il résulte :

1° Que l'acide carbonique, sous une pression très prolongée de 59 à 60 atmosphères, n'exerce aucune action microbicide appréciable sur les micro-organismes pathogènes expérimentés par nous ;

2° Qu'il peut être dangereux de recourir, pour la stérilisation des extraits organiques, à l'autoclave à acide carbonique *denué, bien entendu, de la bougie filtrante.*

FORMULAIRE

Solution de fer et de manganèse saccharifié

Oxyde de fer saccharifié	200 grammes

Dissolvez dans :

Eau distillée	700 grammes
Chloruré de manganèse cristallisé.	3 gr. 7

Dissolvez dans :

Eau distillée.	15 grammes

Et ajoutez alors :

Solution de citrate d'ammonium .	25 grammes

Mélangez alors les deux solutions et ajoutez :

Alcool	50 grammes
Teinture d'écorces d'oranger . . .	3 —
Teinture aromatisée } ââ . . .	1 gr. 05
Teinture de vanille }	
Ether acétique.	V gouttes

Salicilate de soude, en lavement dans le rhumatisme articulaire

Salicylate de soude	6-8 grammes
Laudanum	1 gr. 5
Eau distillée	100 —

M. D. S. Pour un lavement.

N. B. Les résultats obtenus sont les mêmes que si l'on avait administré le salicylate de soude par la bouche.

COURRIER

Jury de l'internat des hopitaux de paris. — MM. Besnier, Gouraud et Potherat ont accepté et les autres juges tirés sont MM. Moutard-Martin, Polaillon, Kirmisson et Michaud.

— Le président de la Société des médecins praticiens de Saint-Pétersbourg, le professeur Karpinski, vient d'envoyer à M. Pasteur le télégramme suivant :

« Nous nous adressons à vous, vénéré maître, comme à notre membre honoraire, pour exprimer à nos collègues de Paris notre profonde gratitude pour l'accueil amical et fraternel fait aux médecins de notre marine russe. Vive la France ! Vivent les médecins français ! »

Assistance publique. — L'épreuve d'administration du concours aux emplois de médecins du traitement à domicile (bureaux de bienfaisance) vient de se terminer. Les questions sorties ont été : 1° De la délivrance artificielle ; 2° hémoptysies, causes, traitement.

L'épreuve définitive a commencé le mercredi 18 octobre, à deux heures, à l'Hôtel-Dieu.

Juges du concours : MM. Le Coin, Séailles, Gérard, Piéron.

Nouvelle organisation des infirmiers et des brancardiers dans les régiments et les ambulances. — Le *Bulletin officiel du ministère de la guerre* publie une circulaire qui modifie l'organisation des infirmiers et des brancardiers régimentaires et des brancardiers d'ambulance.

Il y aura désormais deux catégories d'infirmiers régimentaires : les titulaires et les auxiliaires. Ces derniers seront choisis parmi les hommes ayant trois ans de service à faire et comptant déjà une année de présence sous les drapeaux ; ils feront leur deuxième année de service comme infirmiers auxilliaires et leur troisième année comme infirmiers titulaires. Sur le pied de paix, chaque bataillon d'infanterie, d'artillerie et du génie aura un infirmier titulaire et un auxiliaire ; chaque régiment de cavalerie et d'artillerie en aura deux ; sur le pied de guerre, il n'y aura que des infirmiers titulaires, à raison d'un par compagnie ou par escadron.

Après un cours suivi au régiment, les infirmiers auxiliaires feront un stage de deux mois dans un hôpital avant de passer titulaires.

Recevront, en temps de paix, l'instruction du brancardier régimentaire ; les étudiants en médecine ou en pharmacie, les élèves ecclésiastiques, les musiciens et les ouvriers tailleurs et cordonniers. En temps de guerre, on choisira parmi les réservistes de ces catégories : un brigadier brancardier par groupe de batteries montées ou à pied et par bataillon d'infanterie, un sous-officier brancardier par régiment d'infanterie, quatre brancardiers par compagnie d'infanterie ou du génie et par batterie montée ou à pied. La cavalerie et l'artillerie à cheval n'ont pas de brancardiers régimentaires.

Les brancardiers d'ambulance, seront pris, au moment de la mobilisation, parmi les réservistes des sections d'infirmiers, les élèves ecclésiastiques, les musiciens et ouvriers réservistes en excédant dans les corps de troupe et ayant reçu l'instruction du brancardier.

Questions données a l'externat. — Biceps, omoplate, artère femorale, rapports du cœur.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Par décret du 20 octobre, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de *médecin de 1re classe*, MM. les médecins de 2e classe (ancienneté) M. Badet; A.-E. Valence; (choix) L.-M. Fallier; (ancienneté) A.-A.-P. Richer de Forges; C.-G. Berthier; (choix) M.-L.-H. Depied.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

CINQUANTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Le mercredi 25 octobre 1893, à quatre heures, la Société de chirurgie a brillamment célébré le cinquantenaire de sa fondation dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Cette solennité a été réussie à tous égards, digne de la compagnie qui en avait pris l'initiative, et nous devons, dès ces premières lignes, adresser des éloges au sympathique secrétaire général, M. Charles Monod, dont le père fut un des fondateurs de la Société et qui, par lui-même, a tant fait pour la réussite du cinquantenaire.

Deux seuls chirurgiens survivent aujourd'hui de cette glorieuse phalange qui créa la savante compagnie : Maisonneuve, qui vit dans ses terres de Bretagne et Marjolin, à qui était dévolu l'honneur d'ouvrir la séance en qualité de président d'honneur.

M. le professeur Verneuil, président, avait à ses côtés Spencer Wells, Thiriar (de Bruxelles), Jacques Reverdon (de Genève), Eugène Bœckel, Brouardel, Alphonse Guérin, Larrey, Lucas Championnière, et dans l'assistance se pressaient de nombreux chirurgiens de l'étranger, de Paris et de la province.

Cinq discours ont été prononcés : M. Marjolin s'est d'abord levé et a ému l'assemblée par ses paroles touchantes sur la mort subite de Léon Lefort, enveloppant dans un deuil général sa famille, ses amis les étudiants et ses malades. Il a ensuite remercié le doyen de la gracieuse hospitalité de la Faculté, et M. Brouardel lui a répondu en quelques mots aimables.

MM. Jacques Reverdin, de Genève, et Eugène Bœckel, de Strasbourg, se sont aussi fait entendre, le premier au titre de correspondant étranger, le second comme correspondant national ; mais les deux principaux discours ont été prononcés par M. Verneuil, président, et M. Monod, secrétaire général. Leur importance nous oblige à les donner *in extenso*.

Une des particularités les plus frappantes de cette grande séance a été la lecture de toutes les lettres ou télégrammes envoyés des différents points de l'Europe. La Suède, le Danemark, l'Angleterre, l'Allemagne... ont tenu à se rappeler au souvenir de leurs collègues français. Billroth, lui-même, a souhaité en latin longue et durable vie à la savante Société. Nous n'omettrons pas de remercier Albert, le sympathique professeur de Vienne, qui, regrettant de ne pouvoir venir à Paris, a écrit à la Société de chirurgie qu'à sa clinique il célébrerait le cinquantenaire au milieu de ses élèves.

Ce concert unanime des principaux chirurgiens de l'Europe est une gloire pour notre Compagnie chirurgicale, et il est peut-être même curieux de rapprocher ces faits de ceux dont Paris vient d'être témoin.

Nous commençons par publier le discours si fin et si érudit de M. Charles Monod ; c'est, comme il le dit, une véritable histoire de la Société de chirurgie, intéressante à tous égards :

Notice historique sur la Société de chirurgie de Paris

Par M. Charles Monod, secrétaire général.

Messieurs,

Appelé par mes fonctions à vous présenter une notice historique sur la Société de chirurgie de Paris, je ne crois pas manquer à la réserve qui convient à une aussi

« vénérable et discrète personne », en affirmant qu'elle peut en ce jour se glorifier quelque peu.

J'en prends à témoin notre cher président d'honneur, seul à représenter au milieu de nous ce groupe de vaillants qui, en 1843, fondaient la société dont nous célébrons aujourd'hui le cinquantenaire. Les rêves les plus ambitieux de la première heure n'ont-ils pas été dépassés de beaucoup?

Il fut un temps, en effet, messieurs, où, — le croirait-on? — notre Société ne se recrutait qu'avec peine, où les anciens s'éloignaient d'elle, où il fallait aux jeunes un certain courage pour y adhérer, où l'on se félicitait comme d'une conquête de toute adhésion nouvelle, où nos ressources suffisaient à peine à nos besoins, où la bibliothèque était pauvre et notre public clair semé.

Ai-je besoin de dire qu'aujourd'hui la porte qui donne accès à la Société de chirurgie est devenue trop étroite, qu'à chacune de nos séances se presse un auditoire nombreux, que les journaux médicaux publient à l'envi le compte rendu de nos travaux, que notre bibliothèque regorge de livres, que nos finances sont prospères? Ajoutez que, malgré une nouvelle et récente augmentation du chiffre de nos membres correspondants nationaux, le nombre des candidats est toujours plus considérable que celui des places vacantes, et enfin que nos collègues de l'étranger, associés ou correspondants, veulent bien considérer comme un honneur de coopérer avec nous.

A quoi tient un aussi heureux changement? Est-ce seulement au progrès des choses de la chirurgie ou, plus simplement, au temps écoulé, qui a permis le développement naturel d'une institution née viable?

Ne faut-il pas dire plutôt que notre Société, fidèle à la devise qu'elle doit à Malgaigne, « Vérité dans la science, moralité dans l'art, » n'a pas un instant dévié de la voie qu'elle s'était tracée? Que soucieuse du bon renom de la chirurgie française, elle s'est appliquée, ne repoussant aucun progrès véritable, à servir au mieux la science, sans perdre de vue l'intérêt primordial des malades.

Telle fut, dès la première heure, la pensée maîtresse des membres fondateurs de la Société de chirurgie; telle est encore la nôtre. Quoi d'étonnant si l'œuvre, établie sur une base à la fois si large et si solide, a pris un pareil développement, si elle a conquis toutes les sympathies et a fini par occuper dans le monde savant une place dont elle a le droit d'être fière?

Je m'oublie, messieurs, mais pouvais-je ne pas vous dire l'impression que m'a laissée l'étude que j'ai faite à votre intention de ces cinquante ans d'activité scientifique?

J'ai hâte cependant d'arriver à la tâche beaucoup plus modeste que vous m'avez confiée.

On lit à la première page du premier volume de nos Bulletins : *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, séante à l'Hôtel de ville.* A l'Hôtel de ville! Qu'est-ce à dire? Que venait faire la jeune Société dans le palais municipal? Éprouvait-elle le besoin de se donner une attache officielle? Était-elle à ce point défiante d'elle-même? Ou bien, sous d'humbles apparences, cachait-elle de hautes visées?

Non, messieurs; la solution du problème est bien plus simple. En siégeant à l'Hôtel de ville, les membres fondateurs de notre Société visaient seulement à l'économie. En gens sages, pour diminuer leurs frais, ils avaient demandé au comte de Rambuteau, alors préfet de la Seine, de mettre à leur disposition une des salles de réunion dont il disposait. Le préfet s'était gracieusement rendu à leur désir. La Société de chirurgie lui en témoigna publiquement sa gratitude. Il nous est agréable de rappeler ce souvenir

et de rendre, à notre tour, à la mémoire du comte de Rambuteau un reconnaissant hommage.

L'Hôtel de ville de 1843 a été brûlé, et avec lui le berceau de notre Société. J'aurais eu plaisir à y faire un pieux pèlerinage et à évoquer devant vous la modeste salle où se tinrent nos premières séances.

C'était, paraît il, une chambre banale, de dimensions moyennes, pourvue d'une table servant de bureau et de quelques chaises. Elle ne nous était pas même exclusivement réservée. Diverses sociétés l'occupaient à tour de rôle, le mercredi excepté, jour où elle appartenait à la nôtre. Nous y possédions une ou deux armoires fermant à clef, où le secrétaire et le trésorier enfermaient les archives, les quelques livres qui composaient alors notre bibliothèque, voire même parfois un peu d'argent, qu'il eût mieux valu, vous le verrez dans un instant, déposer en un lieu plus sûr.

Tel est le cadre du tableau. Quels en étaient les personnages ? Quels étaient les hommes qui avaient fondé cette réunion ? Quel était leur but ?

Les chirurgiens des hôpitaux de Paris se réunissaient alors, comme aujourd'hui, à intervalles variés, pour traiter ensemble de leurs intérêts communs ; il s'agissait surtout d'assurer le roulement dans les hôpitaux suivant un mode régulier. Une fois par an, un banquet resserrait les liens d'une cordiale confraternité. Mais quant à une assemblée scientifique où ces praticiens, tous de valeur, placés à la tête d'importants services de chirurgie, auraient pu se communiquer des faits intéressants, échanger leurs vues sur les cas de détermination délicate, contribuer de la sorte aux progrès de la chirurgie et servir leur propre instruction, il n'en était pas question.

L'Académie de chirurgie, de glorieuse mémoire, n'existait plus depuis 1793. Un décret de la Convention l'avait supprimée, ainsi que toutes les autres sociétés scientifiques.

L'Académie de médecine, remplaçant l'ancienne Société royale de médecine, avait seule été reconstituée en 1820. Au début, les chirurgiens y avaient une place à part : les membres de l'Académie se divisaient en effet en sections, délibérant séparément, parmi lesquelles, naturellement, se plaçait une section de chirurgie. Mais, depuis 1829, cette organisation avait été modifiée ; l'Académie ne s'assemblait plus que toutes sections réunies. Il dépendait du hasard ou de la bonne volonté du bureau que des questions de chirurgie fussent mises à l'ordre du jour. Et encore ne s'agissait-il, en général, que de grandes discussions, menées avec un certain apparat, où la chirurgie pratique ne trouvait guère sa place. Ajoutons que, dans la docte assemblée, les chirurgiens étaient peu nombreux, et que les occasions d'y entrer étaient rares ; il fallait alors la disparition de trois membres titulaires pour qu'une place fût déclarée vacante.

On comprend que, dans de telles conditions, l'on eût le désir de fonder une société exclusivement réservée aux chirurgiens. Dès 1838, l'autorisation nécessaire avait été demandée et accordée. Je n'ai pas pu savoir pourquoi il ne fut pas donné suite à ce projet.

Il fut repris en 1842 par Auguste Bérard, qui s'en ouvrit à ses collègues dans une de ces réunions familières dont je parlais tout à l'heure.

Bérard était arrivé à l'apogée de sa carrière. Chirurgien des hôpitaux depuis 1831, membre de l'Académie de médecine, il venait, après un brillant concours, d'être nommé professeur de clinique chirurgicale à la Faculté (1842). Il n'avait que 40 ans, aimait passionnément son art, et cherchait toutes les occasions d'en hâter les progrès.

Bérard est le véritable fondateur de la Société de chirurgie.

« Le nom d'Auguste Bérard, » disait Denonvilliers dans le bel éloge qu'il a consacré à la mémoire de son collaborateur et de son ami, « est inscrit le premier sur la liste des

fondateurs de la Soéiété de chirurgie, et ce n'est pas sans raison. Outre qu'il était parmi nous le plus ancien chirurgien d'hôpital et le plus considérable par sa double position d'académicien et de professeur à la Faculté de médecine, nul n'avait plus vivement désiré que lui la formation de la Société et ne s'était employé d'une manière plus efficace pour atteindre ce but. C'est lui qui avait fait les démarches voulues pour faire approuver les statuts de la Société et obtenir l'autorisation nécessaire à sa constitution. C'est encore lui qui avait sollicité du préfet de la Seine le local dans lequel nous avons tenu nos premières séances. Il avait été le président du bureau provisoire, et c'est sous sa direction et dans son cabinet même que s'était élaboré le règlement de la Société... »

Seize des collègues de Bérard répondirent dès la première heure à son appel. Vous me saurez gré de reproduire ici leurs noms, tels que vous les trouverez en tête de nos statuts, inscrits suivant l'ordre de leur nomination au Bureau central.

Sont *fondateurs de la Société*, lisons-nous à l'article 3 de ce document :

MM. Auguste Bérard, Gustave Monod, Alphonse Robert, Michon, Guersant fils, Vidal (de Cassis), Danyau, Lenoir, Malgaigne, P. Huguier, Ph. Rigaud, Nélaton, Denonvilliers, Maisonneuve, Chassaignac, Cullerier, Marjolin fils.

De ces hommes d'élite, qui tous, à des titres divers, se sont fait un nom dans la science, deux seulement survivent.

L'un est M. Maisonneuve, chez lequel on peut regretter certains excès opératoires, mais qui n'en reste pas moins un chirurgien de race, joignant aux plus rares aptitudes une intelligence supérieure — il vit depuis longtemps, loin de Paris, dans une retraite absolue.

L'autre, nous le disions il y a un instant, c'est M. Marjolin, que l'on appelait alors Marjolin *fils*. Nommé chirurgien du Bureau central, l'année qui précéda la fondation de notre Société, M. Marjolin n'avait, à cette époque, que trente et un ans, et considérait comme un privilège d'être associé par ses aînés à leur entreprise. Il crut qu'il ne pouvait mieux leur en marquer sa reconnaissance qu'en travaillant au succès de l'œuvre commune avec un zèle et un dévouement qui ne se sont jamais démentis.

J'ai dit tout à l'heure le rôle important joué par celui qui ouvre la liste des membres fondateurs ; pourquoi n'insisterais-je pas sur les services rendus par celui qui la ferme ? Parcourez nos premiers Bulletins, vous verrez toujours René Marjolin sur la brèche : trésorier, secrétaire-archiviste, puis secrétaire-général, vice-président, enfin président, ne marchandant jamais ni son temps ni sa peine. C'est à lui que nous devons le premier compte rendu de nos travaux lu en séance annuelle. Il dut en quelques pages résumer l'œuvre accomplie par la Société pendant dix années. Ce fut encore lui qui se chargea de cette lourde tâche pendant les cinq années suivantes ; il était cependant alors secrétaire général, et le règlement l'autorisait à laisser le soin du compte rendu au secrétaire annuel, autorisation dont ses successeurs ne manquèrent pas de se prévaloir. C'est encore M. Marjolin qui, le premier, mit de l'ordre dans nos collections de livres et dans nos archives ; M. Larrey, dans son discours de sortie, en 1852, l'en remercia publiquement. L'année suivante, lors de notre installation rue de l'Abbaye, Danyau, prononçant à cette occasion l'allocution d'usage, rendit hommage au secrétaire général dans des termes que je tiens à citer : « Dans tout ce qui s'est accompli, disait-il, sa part a été si grande que nous n'hésitons pas à proclamer qu'il a bien mérité de la Société. Cette formule suffisait aux anciens, et M. René Marjolin s'en contenterait sans doute. Qu'il nous permette cependant d'ajouter quelques mots et de dire que c'est à son mouvement généreux, à sa vive impulsion, à son zèle ardent, à son activité infatigable que nous devons la transformation à laquelle vous assistez aujourd'hui. Tant d'efforts et un si complet

succès méritent toute notre reconnaissance, et nous ne doutons pas que vous ne vouliez la consacrer par un vote spécial. »

Je ne doute pas, à mon tour, messieurs, que vous ne soyez heureux de ratifier par vos acclamations le vote de nos prédécesseurs.

Les dix-sept membres fondateurs se réunirent pour la première fois le 23 août 1843. Leur premier acte fut de voter les statuts et le règlement élaborés par le bureau provisoire.

Ces statuts établissaient que la Société se composerait de membres honoraires et titulaires, de correspondants nationaux et d'associés étrangers. Le bureau comprenait un président, un vice-président, un secrétaire-archiviste et un trésoirer. Le poste de secrétaire général ne fut créé qu'en 1853. La garde des archives et des livres fut, à la même époque, confiée à un bibliothécaire.

Du règlement je ne retiens qu'un trait, qui montre l'esprit pratique de nos prédécesseurs. La Société devait se réunir tous les mercredis, à trois heures et demie. Une première feuille de présence était signée par les membres arrivés en temps utile ; à quatre heures elle était retirée et contre-signée par le président. Une seconde feuille, dite d'émargement ou de sortie, était présentée à quatre heures et demie à la signature en séance. Tout membre qui n'avait pas signé les deux feuilles était passible d'une amende de 5 francs. Cet article du règlement est encore en vigueur. Il est permis de croire qu'il a eu sur la bonne marche de la Société une influence salutaire.

Voici donc la Société constituée. Comment fut-elle accueillie ?

Son entrée dans le monde s'effectua sans bruit. Aucun journal médical ne parla de sa séance d'inauguration, ni même ne mentionna sa fondation. Encore moins y trouvet-on trace de ses premiers travaux. Notre excellent et très complaisant confrère, M. le docteur Dureau, bibliothécaire de l'Académie, qui, à la demande de M. Marjolin, a bien voulu faire à ce sujet quelques recherches, lui écrit « qu'à sa grande surprise, il ne trouve dans les journaux du temps aucun compte rendu des premières séances de la Société de chirurgie », et il ajoute : « Vous deviez être une Société fermée, et bien fermée, comme on dit aujourd'hui ; en ce temps-là, les médecins ne cherchaient guère la publicité. »

On s'occupait cependant en haut lieu de la Société nouvelle, et cela sans aucune sympathie. On ne voyait pas volontiers les chirurgiens faire bande à part.

N'allait-on pas, disait-on, réveiller l'ancienne rivalité de la médecine et de la chirurgie ? C'était avoir bonne mémoire, mais aussi retarder un peu ; il était passé, le temps des longues luttes que dut soutenir la chirurgie pour conquérir sa place au soleil.

Quelques-uns, sans aller si loin, redoutaient de voir l'ancienne Académie de chirurgie renaître de ses cendres et porter ombrage à l'Académie de médecine. Aussi l'opposition la plus vive vint-elle de l'Académie, bien que celle-ci comptât un de ses membres parmi les fondateurs de la Société de chirurgie.

L'hostilité se manifesta surtout par l'abstention de ceux qui auraient dû, semble t-il, s'empresser de soutenir notre Société par leur présence. Un article de nos statuts portait que « les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris, en exercice depuis plus de douze ans au 1er juillet 1843, pourraient être admis, sur leur demande, à faire partie de la Société comme membres honoraires. » Un seul, M. Marjolin père, répondit à cet appel, et lorsqu'il mourut en 1850, son nom était encore le seul qui fût inscrit sur la liste de nos membres honoraires.

La Société de chirurgie ne s'émut point. Consciente de son rôle, modeste mais bien défini ; n'ayant d'autre but, comme elle aimait à le rappeler, que de donner à ses membres une occasion « de se communiquer les faits importants recueillis dans l'intervalle

des séances, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile, de discuter les divers points de théorie et de pratique encore obscurs, et d'établir des rapports scientifiques avec les confrères de France et de l'étranger » ; n'ayant d'autre ambition « que de travailler sans relâche à l'étude et aux progrès de la chirurgie »; certaine de triompher un jour et d'entraîner les moins bienveillants, elle se mit simplement à l'œuvre.

Auguste Bérard fut son premier président. « Les services qu'il rendit dans cette fonction », nous dit encore Denonvilliers, « furent inappréciables... » « Il en est d'une société naissante », ajoute-t-il, « comme d'un jeune enfant qui entre dans la vie ; son avenir dépend plus qu'on ne pense de la direction imprimée à ses premiers efforts. Or, Bérard excellait à guider les débats, à les animer ou à les modérer au besoin, à les élargir ou à les élever quelquefois, à les maintenir toujours dans les bornes de la modération et des convenances et dans la voie de la pratique. »

Je suis d'autant plus heureux de citer ces paroles que nous ne savons rien des premières séances de la Société. Le premier volume des Bulletins date de 1848. Les procès-verbaux des cinq années précédentes ont été détruits dans cette même année pendant les journées de juin. L'Hôtel de Ville avait été envahi par le peuple armé. On força nos armoires ; on fit main basse sur les quelques centaines de francs qui y étaient enfermées et — malheur irréparable — les archives de la Société furent dilacérées. M. Marjolin conserve pieusement quelques débris informes de ces précieux papiers.

Mon père m'a souvent entretenu de cet incident, qui l'avait particulièrement affecté. Déjà alors les chirurgiens avaient une écriture un peu... hâtive. Ma mère en avait une fort belle, et mon père l'avait chargée de recopier sur un grand registre les procès-verbaux rédigés par lui ou par l'un ou l'autre des secrétaires. Le fait était bien connu des membres de la Société, qui savaient gré au collègue aimé de cette gracieuse collaboration. Ainsi, pensaient-ils, étaient sauvés à jamais de l'oubli ces premiers produits, toujours particulièrement chéris, de leur travail. Ce registre, avec le reste, fut mis en pièces par quelques individus avinés, plus bêtes sans doute que méchants.

Le premier soin du bureau, après ce fâcheux événement, fut d'avoir désormais recours, pour ses procès-verbaux, à la typographie, gardienne plus fidèle et plus sûre de la pensée humaine que la meilleure des écritures.

La Société avait d'ailleurs un bien autre souci, celui de trouver un abri. Elle n'entendait pas s'exposer de nouveau à l'orage en rentrant à l'Hôtel de Ville, et ayant à cœur de ne pas interrompre une seule fois le cours de ses séances — ce qu'elle ne fit jamais, pas plus en 1848 que plus tard, pendant l'année terrible, ni dans les jours plus troublés encore de la Commune — elle accepta temporairement l'hospitalité que lui offrait à l'Ecole pratique un de ses membres, M. Gosselin, alors chef des travaux anatomiques.

Presque aussitôt elle entrait en arrangement avec la Société philomatique, qui lui céda, pour le mercredi, la jouissance de la pièce qu'elle occupait rue d'Anjou-Dauphine.

Cette nouvelle étape ne pouvait être, à son tour, que provisoire. La Société de chirurgie avait l'ambition d'être *chez elle*. Le local désiré fut enfin trouvé, dans le vieux palais abbatial de Saint-Germain-des-Près, rue de l'Abbaye, près du quartier des Ecoles, au troisième étage d'une maison tranquille, dans une rue peu bruyante.

Vous connaissez tous le lieu actuel de nos réunions. Peut-être le trouvez-vous aujourd'hui bien modeste et un peu exigu. Tel n'était pas l'avis de nos prédécesseurs.

Ce n'est pas sans une réelle satisfaction que Danyau, en prenant possession, le 20 octobre 1852, au nom de la Société de chirurgie, des « belles salles » où elle s'assemblera désormais, en fait valoir tous les avantages. « Vous ne trouverez point ici, messieurs, » disait-il, « le luxe d'un amphithéâtre à gradins en chêne, à stalles mollement rembourrées. Les fauteuils académiques invitent au sommeil, et quoique vous ne soyez point

restés inactifs, vous n'avez point encore assez fait pour vous endormir sur vos lauriers. Mais vous serez commodément assis en face de bonnes et larges tables recouvertes en drap vert, et dont la disposition soigneusement étudiée laisse entre toutes les parties de la salle une libre circulation et permet entre tous les membres des communications faciles. Au reste, vous pouvez voir que nous ne vous avons pas traités en Spartiates, et il vous suffira de regarder à vos pieds pour reconnaître que nous avons songé à vous préserver des rigueurs de l'hiver qui s'approche. » Il décrit ensuite l'enceinte principale avec ses deux entrées, l'une pour les membres de la Société, l'autre pour le public ; la salle qui la précède, destinée aux malades présentés en séance ; la salle des conférences que l'on s'est efforcé de rendre confortable, et enfin la bibliothèque garnie de belles armoires, où les livres seront à l'aise.

« Tel est, messieurs, ajoutait-il, le local que vous allez occuper dans un édifice de belle et sérieuse apparence et de facile abord, au milieu d'un quartier où l'air et la lumière abondent, dans le centre même des relations scientifiques. Nous ne pensons pas que vous regrettiez celui où la Société a été confinée et presque enterrée si longtemps... Vous étiez mal chez les autres ; vous allez être bien, très bien chez vous. »

A cette prospérité matérielle correspondaient des progrès d'ordre plus élevé. Denonvilliers, président sortant en 1854, se plaisait à constater « l'extension prise tout à coup par la Société de chirurgie. »

Le nombre des membres titulaires s'était peu à peu accru. On touchait au moment « où l'on serait au complet ». Ce jour se fit attendre encore deux ans. Il marque une date dans l'histoire de notre Société. C'est au mois de juillet 1856 que le président Gosselin, dans son discours de sortie, pouvait annoncer à ses collègues qu'il n'y avait plus qu'une place de titulaire vacante, pour laquelle se présentaient huit concurrents. Il terminait son allocution en disant : « Pourquoi parler encore des détracteurs de la Société de chirurgie ? Il n'en existe plus, si j'ai su bien recueillir les bruits du dehors. Il me semble que ceux qui autrefois nous blâmaient ou nous raillaient ont cessé de le faire ; que les railleurs sont devenus indifférents ; que les indifférents applaudiraient volontiers ».

Les jours difficiles étaient passés. La victoire était remportée. La Société de chirurgie avait vu venir à elle ceux qu'elle considérait et respectait comme des maîtres. Roux, Lallemand, Jules Cloquet, Gerdy, Ph. Bérard, René Duval, Hervez de Chegoin, Ph. Boyer, Velpeau, Bégin, acceptaient successivement le titre de membres honoraires.

Gosselin, dans le discours dont je viens de citer un passage, a bien mis en lumière, en parlant de Gerdy, mort peu de temps après son admission à l'honorariat, la bonne harmonie qui régnait alors déjà au sein de la Société, et la satisfaction que ces vétérans du concours éprouvaient à trouver auprès de nous « ce qui leur avait manqué dans leur jeunesse, une réunion où la science qu'ils aimaient était élaborée sans fiel et sans envie ». « N'avez-vous pas remarqué », disait-il, « avec quel plaisir Gerdy prenait part à nos discussions, et avec quelle simplicité cet orateur, partout ailleurs si fougueux et si passionné, venait ici exposer ses opinions et nous apporter le tribut de son expérience, et comme son visage devenait souriant en entrant dans cette salle, où il semblait trouver un peu du bonheur qui lui avait manqué jusque là ?... Dans les nombreux concours auxquels Gerdy a pris part, il a trouvé des adversaires redoutables. Presque tous ses contemporains avaient été ses rivaux, et, malgré lui, il s'est longtemps laissé aller à voir un ennemi dans tout chirurgien qui l'approchait. Parmi nous, il était heureux de trouver enfin des chirurgiens qui fussent des amis. Je me plais à croire que si, à l'époque des concours mémorables qui les ont illustrés, lui et tant d'autres, la Société de chirurgie eût existé, elle aurait rapproché et réuni dans ses paisibles discussions tous ces

hommes éminents qui, faute de se connaître et de se voir, ont vécu trop aigris les uns contre les autres et sont restés assombris par des rivalités incessantes qui, lorsqu'elles se continuent dans l'intervalle des grandes luttes, laissent au cœur beaucoup de tristesse et de mécontentement. »

On ne saurait trop insister sur ce rôle bienfaisant et pacificateur de notre Société, qui réunit sur le pied de la plus cordiale égalité des maîtres illustres, des membres de l'Académie, voire même de l'Institut, et de jeunes chirurgiens, tout frais échappés du concours, n'ayant d'autre souci, les uns et les autres, que de travailler au progrès de leur art.

Ne pourrions-nous aller plus loin et, sans outrecuidance, appliquer à notre Société ce qu'en 1653 Péllisson disait de l'Académie française :

« Si cette Compagnie subsiste longtemps et donne le même honneur qu'elle a fait jusque ici, il est impossible que la France n'en retire beaucoup d'avantage. Tant d'hommes d'esprit et de savoir ne peuvent pas s'assembler toutes les semaines sans s'exciter les uns les autres au travail, sans profiter beaucoup de ces convocations et sans répandre insensiblement le profit qu'ils auront fait pour eux-mêmes sur tout Paris et sur tout le reste de la France. »

L'entrée parmi nous de Jacques-René Duval, nommé par acclamation membre honoraire le 28 décembre 1852, fut particulièrement fêtée. Il était alors âgé de près de 100 ans. Reçu docteur en 1786, il avait soutenu sa thèse à l'Ecole royale de chirurgie, sous la présidence de Chopart. Depuis longtemps il était l'unique survivant des membres de l'ancienne Académie de chirurgie. On se plut à voir en ce vénérable représentant d'une grande époque comme un trait d'union entre la jeune Société et son illustre devancière. L'allocution qu'il prononça dans la séance du 12 janvier 1853 a été conservée dans nos *Bulletins*. Deux ans après, il arrivait au terme de sa longue carrière. Son petit-fils — vous avez nommé notre collègue, M. Marjolin — nous donnait en souvenir de son aïeul une somme qui fut consacrée à récompenser la meilleur thèse de chirurgie soutenue dans l'année. C'est notre « prix Duval. »

Comme celui des membres titulaires et honoraires, le nombre des membres correspondants nationaux s'est accru suivant une progression, lente d'abord, puis singulièrement rapide. Il était de 6 en 1847 ; il ne s'augmenta que de 10 dans les quatre années suivantes. Puis les candidatures commencèrent à affluer. On procéda à 29 élections entre 1851 et 1855. La Société inscrivait sur sa liste de correspondants la plupart des chirurgiens qui en province s'étaient fait un nom : Letenneur (de Nantes), Jules Roux (de Toulon), Debrou (d'Orléans), Bonnet, Diday, Gensoul, Parise et Pravaz (de Lyon), Sédillot (de Strasbourg), Bouisson (de Montpellier), Notta (de Lisieux), Maunoury père (de Chartres), Bardinet (de Limoges), etc...

Six ans ne sont pas écoulés que le président, dans son discours annuel, constate que le nombre des postulants dépasse de beaucoup celui des vacances.

On augmenta le nombre des places à donner. Il avait été d'abord illimité : fixé à 70, en 1850, il fut porté à 100 en 1881, et quatre ans plus tard, encore accru de 25.

Il me plairait de citer ici les noms de tous ceux, non moins éminents, qui sont venus se joindre aux élus des premières années, et dont un si grand nombre nous ont fait l'honneur et l'amitié de venir assister à cette fête. La liste en serait trop longue. Ils voudront bien se contenter du souhait impersonnel de bienvenue que je suis heureux de leur adresser à nouveau, au nom de leurs collègues de Paris.

Je ne songe pas davantage à faire devant vous le dénombrement de nos membres correspondants étrangers. Je ne céderais cependant qu'à un mouvement de légitime

orgueil en procédant à la simple lecture de tous les noms fameux que vos secrétaires généraux ont eu la satisfaction d'inscrire successivement sur leurs registres.

Dès 1852 il fut décidé, sur la proposition de M. Larrey, de créer une classe d'*associés étrangers*, afin de pouvoir offrir à certaines illustrations de la chirurgie un titre qui ne pouvait être demandé, mais qui fut toujours accepté avec reconnaissance.

Les premiers membres associés furent V. Mott (de New-York), Jæger (de Vienne), Chelius (d'Heidelberg), Textor (de Wurtzbourg), Brodie, Lawrence, Travers et Guthrie (de Londres), Ballingate (d'Edimbourg), Crampton (de Dublin), Grimm (de Berlin), Arendt (de Saint-Pétersbourg), Ammon (de Dresde), Mayor (de Genève), tous morts aujourd'hui.

La Société, en 1863 et 1865, confiait à deux de ses membres le soin de faire, en séance solennelle, l'éloge de Brodie et de Guthrie, et montrait, en leur accordant les mêmes égards qu'à ses membres nationaux, en quelle haute estime elle les tenait.

Nous comptons aujourd'hui 20 associés et 70 correspondants étrangers. Ceux d'entre eux que la distance et surtout l'époque, à certains égards facheuse, que nous avons dû choisir pour cette réunion, tiennent éloignés de nous, ont voulu du moins, vous l'avez entendu, nous envoyer le témoignage écrit de leurs regrets et l'expression de leur chaude sympathie.

J'en viens, sans autre transition, à l'histoire des publications de la Société de chirurgie.

Nous avons vu comment nos premiers procès-verbaux avaient été détruits. Tout le travail des premières années n'a cependant pas été perdu. Quelques œuvres de longue haleine, lues en séance par leurs auteurs, avaient été publiées dans les *Archives générales de médecine*. En 1847, la Société avait formellement invité chacun des membres titulaires à faire chaque année une communication originale. Ces travaux, dès lors, se multiplièrent. On pensa qu'ils pouvaient faire l'objet d'une publication spéciale et que, de la sorte, à l'exemple de l'ancienne Académie de chirurgie, la jeune Société aurait ses *Mémoires* imprimés.

Le premier fascicule parut en mars 1847; le volume ne fut complet que dans le courant de l'année 1849.

Le volume était superbe : grand in-4°, beau papier, caractères de choix. M. Masson père, l'intelligent et complaisant éditeur, qui avait noué avec notre Société de chirurgie d'amicales relations, si bien continuées par son fils, y avait mis tous ses soins. Le malheur était qu'une pareille édition coûtait cher et que nos *Mémoires* étaient appelés à avoir, dans le monde médical, surtout un succès d'estime. M. Masson avertit la Société que la publication ne pourrait pas continuer dans de telles conditions.

Elle continua ceqendant. Cullérier, dans le discours qu'il prononça à la séance annuelle de juillet 1849, disait : « que la publication des *Mémoires*, un instant compromise, reprenait son cours, grâce à des sacrifices »... Le trésorier d'alors, qui n'était autre que notre vénéré collègue, M. Marjolin, « déjà nommé », vous expliquerait mieux que moi à qui incombèrent ces sacrifices, dont on retrouverait la trace dans le dossier de la Société de chirurgie, à la librairie Masson.

Cullérier annonçait en même temps que le premier fascicule du deuxième volume venait de paraître. Il félicitait la Société « d'avoir voulu, par son empressement à le publier, bien montrer qu'elle était décidée à continuer son œuvre ». L'œuvre existe, Messieurs. Elle est trop peu connue. Sont-ils nombreux, parmi les jeunes, ceux qui ont tenu à honneur de posséder cette belle collection, de sept volumes, qui abonde en travaux de haute valeur?

C'est là que vous trouverez les premiers éloges lus en séance solennelle par les secré-

taires généraux. Quelques-uns de ces morceaux écrits par les Broca, les Legouest, les Trélat, les Guyon, sont à juste titre considérés comme des modèles.

En même temps que ses *Mémoires*, la Société éditait un *Bulletin*, publication beaucoup plus modeste, exclusivement réservée aux procès-verbaux des séances.

Le premier volume ne fut achevé qu'en 1851 ; il contenait le compte rendu des années 1848, 1849 et 1850. Les fascicules qui le composaient avaient paru successivement à dater des premiers mois de 1849, mais à des intervalles irréguliers. Il en fut de même des suivants; tous les ans les présidents signalaient cette irrégularité et la déploraient.

Un traité conclu plus tard avec la *Gazette des Hôpitaux*, qui se chargea de publier les comptes rendus rédigés par nos secrétaires, et de nous les rendre sous forme de tirages à part, réunis au bout de l'année en un volume, diminua nos frais d'impression, mais sans supprimer les retards.

Il en fut ainsi jusqu'en 1875. C'est grâce à l'intelligente générosité de Mme Huguier, la veuve de P. Huguier, membre fondateur et ancien président de notre Société, que ce fâcheux état de choses put être modifié.

Mme Huguier, sur le conseil d'amis éclairés, fit don à la Société de chirurgie, en souvenir de son mari, d'une rente annuelle de 1,000 francs, en nous laissant le soin d'en déterminer l'emploi.

La société ayant décidé que cette somme serait consacrée à « favoriser nos publications scientifiques, » l'occasion parut bonne pour donner suite à un projet depuis longtemps caressé.

L'impression de nos *Mémoires* demeurait pour nous une lourde charge, et surtout cette publication était dépourvue du cachet d'actualité que doit avoir toute œuvre scientifique. Certains travaux, devant attendre pour paraître que l'on eût réuni les éléments d'un volume complet, ne voyaient le jour que plusieurs années après avoir été communiqués. Aussi bien devenaient-ils plus rares, les auteurs de ces importants travaux, préférant avoir recours, pour les faire connaître, à l'un des journaux scientifiques dont le nombre allait croissant.

Mieux valait donc renoncer à éditer nos *Mémoires* à part, et les publier désormais, dans l'ordre où ils seraient lus, en même temps que les procès-verbaux et dans un même recueil.

Cette publication unique, pour laquelle on proposa d'abord le nom de *Journal de la Société de chirurgie* reçut définitivement celui de *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, qui rappelait mieux sa double origine.

Cette transformation, qui ne se fit pas sans de longs pourparlers, et à laquelle s'employèrent avec zèle le secrétaire général d'alors, M. Guyon, et notre éditeur, M. Georges Masson, avait un inconvénient. Pour que notre volume ne prît pas des proportions exagérées, il fallait que les orateurs et les auteurs de communications écrites consentissent aux réductions que le comité de publication jugerait nécessaires. Celui-ci aurait-il la main assez ferme pour les imposer? Arriverait-il, suivant l'expression de M. Perrin, « à faire figurer Bulletins et Mémoires sur le lit de Procuste, représenté par les fascicules mensuels du nouveau recueil ? » On n'était pas sans quelque appréhension à cet égard.

En fait, les choses s'arrangèrent au mieux, et aucun de nous ne regrette aujourd'hui la décision prise. Tous les ans, nous possédons un beau volume, aux frais duquel, grâce au legs Huguier, nous pouvons suffire, et qui constitue un recueil apprécié en France et, — je puis l'ajouter, preuves en main, — à l'étranger.

De plus, grâce à l'activité de nos secrétaires annuels, à laquelle vous vous plaisez à

rendre hommage, les fascicules mensuels de nos Bulletins paraissent à des époques presques régulières, et les travaux qu'ils contiennent conservent tout le charme de l'à-propos.

Telles sont nos publications officielles. Mais je ne saurais oublier, en ce jour, certains collaborateurs officieux et dévoués. M. Larrey, dans le discours qu'il prononça en quittant la présidence en 1852, se félicitait de voir trois journaux médicaux faire mention de nos travaux. Il doit être aujourd'hui plus que satisfait lorsqu'il aperçoit, groupés dans l'étroit espace qui leur est réservé, ces nombreux rédacteurs — parmi lesquels vous aimez à reconnaître l'élite de vos élèves — suivant avec assiduité vos séances, dont ils répandent aussitôt dans vingt journaux de Paris et de la province l'intelligente et fidèle analyse. Vous ne me pardonneriez pas si je n'adressais, en votre nom, à ces hommes de bonne volonté, un remercîment cordial.

La collection de nos *Bulletins*, de nos *Mémoires*, de nos *Bulletins et Mémoires*, arrive à faire bonne figure sur les rayons de notre bibliothèque. Ce n'est cependant qu'une faible partie de nos richesses.

Dès le début, la Société de chirurgie s'était occupée de mettre à la disposition de ses membres des livres de choix, dont le nombre, grâce à de fréquentes libéralités, grâce aussi aux échanges effectués entre nos publications et celles des sociétés étrangères, alla croissant rapidement.

Le poste de bibliothécaire fut créé, comme je l'ai dit, en 1853. Ce n'était pas, en ce temps-là, une sinécure. Le premier appelé à l'occuper fut notre savant et regretté collègue Giraldès. Aucun choix ne pouvait être meilleur. Giraldès était un érudit, il avait l'amour des livres. Il se mit aussitôt à l'œuvre et fit au delà de ce qu'on attendait de lui.

Lorsque, au bout de trois ans, il donna sa démission, une commission fut nommée pour examiner les résultats de son administration. Broca, bon juge en pareille matière, fut chargé du rapport. J'en extrais un passage, qui donne une idée de l'état dans lequel se trouvait à cette époque notre bibliothèque, ainsi que du travail considérable auquel Giraldès dut se livrer.

« Votre commission, disait Broca, ne saurait trop louer l'habileté et le dévouement avec lesquel Giraldès s'est acquitté de la tâche que vous lui avez confiée. Lorsque, il y a trois ans, notre collègue accepta les fonctions ingrates de bibliothécaire, vous conserviez déjà un grand nombre de volumes et d'innombrables brochures ; mais ces richesses étaient en quelque sorte perdues pour vous, car vous n'aviez point de catalogue, et les brochures, empilées sans ordre dans les armoires, étaient à peu près introuvables. M. Giraldès, avec un zèle et une persévérance qui lui donnent des droits à la reconnaissance de la Société, a fait de l'ordre au milieu de ce chaos. Aujourd'hui, vous possédez deux catalogues, l'un pour les volumes et les collections de journaux, l'autre pour les brochures et les opuscules. »

Malheureusement, les successeurs de Giraldès ne furent pas à sa hauteur. Il fallut, vingt ans plus tard, reprendre son travail en sous-œuvre. Ce fut Giraud-Teulon qui s'en chargea. Il refit un catalogue qui, commencé en 1870, ne fut terminé qu'en 1874.

Je n'oserais dire que Giraldès et Giraud-Teulon aient trouvé ou aient chance de trouver parmi nous des continuateurs dignes d'eux.

Notre bibliothèque a d'ailleurs un vice irrémédiable. Elle étouffe dans un local trop exigu. Quels que soient le zèle et la compétence de l'excellent bibliothécaire adjoint qui veut bien aujourd'hui veiller au bon état de nos collections, il ne peut, faute de place, arriver à faire ce qu'il voudrait. C'est la seule ombre au tableau, je devais la signaler.

(A suivre.)

COURRIER

—

BANQUET DU CINQUANTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Ce banquet a eu lieu mercredi dernier au Grand Hôtel dans la salle du Zodiaque. Presque tous les membres de la Société de chirurgie y assistaient.

M. Marjolin a porté le premier toast, puis, M. Verneuil a pris la parole avec cette finesse qui le caractérise. M. Périer président actuel lui a répondu dans une petite allocution charmante et qui par sa délicate originalité a eu un grand succès. Spencer Wells s'est ensuite levé, disant, qu'en chirurgie le mot d'étranger devait disparaître, que la science ne connaissait pas de frontières et M. Ziembicki (de Lemberg) dans son affection chauvine pour la France les a rétablies pour nous donner celles du Rhin. Enfin, M. Michaux comme membre le plus jeune de la Société s'est aussi fait entendre bientôt suivi par M. A. Broca, qui, au nom de la Presse médicale a remercié le Bureau de la gracieuse invitation qui lui avait été faite d'assister au banquet.

Citons au hasard de la plume outre les chirurgiens déjà nommés MM. A. Guérin, Thiriar, Martin, Reverdin, Lannelongue, Tillaux, Panas, Terrier, Championnière, Berger, Richelot, Felizet, Peyrot, Reclus, Schwartz, etc..... L'Ecole lyonnaise retenue par le passage des Russes à Lyon, s'était excusée par une dépêche.

— Dans sa dernière séance, l'Académie des sciences s'est réunie en comité secret pour discuter les titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite de la mort de Charcot. Voici la liste de présentation : en première ligne, M. Potain ; en deuxième ligne, MM. Cornil, Jaccoud et Lancereaux.

— Les élèves et les amis du professeur N. Trélat, ont eu la pensée de placer dans la salle des actes de la Faculté de médecine, un buste du maître.

Adresser les souscriptions à :

M. Paul Segond, professeur agrégé, chirurgien de la maison municipale de santé, 11, quai d'Orsay ;

M. E. Potherat, chirurgien des hôpitaux, 35, rue Barbet-de-Jouy.

— En raison des fêtes de la Toussaint, la Société de chirurgie ne tiendra pas séance mercredi prochain. La prochaine séance est renvoyée au mercredi 8 novembre.

— En vertu d'un ukase du tsar, tous les pharmaciens de l'empire seront tenus, à partir du 1er au 13 janvier 1894, de faire leurs pesées et leurs dosages d'après le système décimal.

On a tout lieu de croire que ce n'est là qu'un premier pas qui sera suivi bientôt de l'introduction complète du système décimal en Russie.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

*Les ateliers étant fermés mercredi, jour de la Toussaint, le numéro de l'*Union médicale *paraîtra samedi.*

Sommaire.

I. J. Rochard : Hygiène : Bulletin sanitaire. — II. Revue de l'hygiène. — III. Cinquantenaire de la Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — V. Courrier.

HYGIÈNE

BULLETIN SANITAIRE

Les fêtes franco-russes ont fait oublier le choléra. Les rares informations qui nous sont parvenues ne nous suffisent pas pour en retracer la marche. Elles permettent de constater toutefois, que la maladie est partout en décroissance en Europe, ce qui s'explique par la saison dans laquelle nous venons d'entrer. C'est en Russie seulement qu'elle présente encore quelque intensité.

Dans 13 gouvernements, où le choléra règne encore, on en a compté 1,551 cas, dont 625 ont été suivis de mort, du 17 au 23 octobre,

En France, le Finistère seul continue à attirer l'attention. D'après les renseignements que nous avons reçus, la situation de Brest n'est pas encore aussi satisfaisante que le disent les journaux. Il y a même eu récemment une recrudescence ou une reprise. Du 10 au 20, il y avait eu 8 entrées à l'hôpital de la marine et deux des malades avaient succombé ; mais depuis le 20, il n'y avait pas eu de nouveaux décès, lorsque le 23, il en est survenu 7 ; c'est du moins le chiffre accusé par les médecins. C'est le quartier neuf de l'Heurtetoire qui les a présentés.

L'épidémie peut être considérée comme finie à Saint-Pierre-Quilbignon, à Lambezellec, ainsi que dans les autres communes du voisinage, sauf à Tréboul et à Poul-David, deux petits villages situés dans les environs de Douarnenez.

La maladie, comme on le voit, s'est concentrée dans la grande ville et s'y maintient encore. Elle y trouve des conditions favorables à son développement, dans l'insalubrité de la ville, où les règles de l'hygiène ne sont observées ni par les particuliers, ni par l'administration municipale. Les égouts sont infects, l'eau potable est suspecte, et le nettoyage de la voie publique aussi sommaire que possible. J'ai souvent parlé de l'insalubrité de nos grands ports et des mesures d'assainissement qui leur seraient applicables. A Marseille et à Toulon on s'en est occupé toutes les fois qu'une épidémie grave y a passé ; mais, à Brest, où elles n'ont jamais eu beaucoup d'intensité, on les a supportées avec la résignation bretonne. Le moment serait venu cependant de sortir de cette apathie. Il n'est pas de ville au monde qu'il soit plus facile d'assainir. La nature a tout fait pour cela ; il y vente et il y pleut presque toujours ; toutes les rues sont en pente et toutes les pentes aboutissent au port où de fortes marées produisent de vigoureuses chasses deux fois par jour. Le Finistère, avec son sol de granit, est le pays qui possède les meilleures eaux potables de toute la France ; seulement il ne faudrait pas en établir les prises sur des ruisseaux où on lave le linge,

il faudrait nettoyer et réparer les égouts, en construire de nouveaux, exiger que les fosses d'aisance soient étanches et tenir la main à ce que les rues et les cours soient convenablement nettoyées. Il y a bien un demi-siècle que les médecins et le Conseil d'hygiène de cette grande ville demandent ces réformes ; il faut espérer qu'il ne s'écoulera pas un autre demi-siècle avant qu'elles soient réalisées, car la ville est parfaitement en état de le faire. Ses finances sont florissantes ; on affirme même qu'elle a des économies.

Pendant que le choléra s'éteint en Europe, la grippe qui nous a abandonnés, poursuit sa course vers l'Orient. Elle règne à Madagascar avec une formidable intensité. Elle a décimé la population de Tananarive.

REVUE DE L'HYGIÈNE

La désinfection dans les hôpitaux de Paris. — L'administration de l'Assistance publique vient de doter les hôpitaux d'appareils de désinfection tout spéciaux et destinés à rendre d'importants services. C'est en premier lieu l'*appareil de stérilisation des crachats tuberculeux* qu'elle vient de faire installer à l'hôpital Bichat.

Des essais avaient été tentés dans ce sens, d'abord à Lariboisière, où chaque crachoir était nettoyé par un jet de vapeur (le procédé faisait courir les plus graves dangers de contagion à l'opérateur) ; puis, à l'Hôtel-Dieu, où un appareil de nettoyage par l'eau chaude donna satisfaction, mais à un prix véritablement trop élevé. L'appareil employé à Bichat donne d'aussi bons résultats avec une dépense bien moindre. Le nettoyage se fait par l'eau légèrement alcaline et amenée à température d'ébullition. L'emploi de ce procédé rapide et économique sera sous peu généralisé dans les hôpitaux qui, presque tous, reçoivent des phtisiques.

La seconde amélioration est l'établissement de fours à incinération pour les objets de pansement, ayant déjà servi et pour les balayures recueillies dans les salles. Cette mesure a été motivée par ce qu'on a appris que les linges et l'ouate ayant servi aux pansements étaient revendus à des fabricants de papier à cigarettes, ce qui faisait courir des dangers sérieux aux ouvriers comme aux fumeurs. On a commencé par brûler ces objets souillés dans les calorifères ou dans les foyers des chaudières ; mais la quantité à détruire ainsi devenait un embarras et après des essais faits à Lariboisière et qui ont eu des résultats satisfaisants, on a pris le parti d'installer des fours spéciaux dans tous les hôpitaux.

Mortalité infantile. — La mortalité des enfants du premier âge est celle qui offre le plus de prise à l'hygiène. Nous en avons fait l'expérience depuis une vingtaine d'années. Lorsque le docteur Monot, de Montrouge signala en 1865, à l'Académie de médecine l'effrayante mortalité qui sévissait sur les enfants à la mamelle, l'enquête qui suivit ce cri d'alarme signala des faits plus navrants encore qu'on ne le supposait. On apprit, d'après les documents officiels, que la mortalité des enfants assistés, dépassait, dans toute la France, 60 p. 100 dans la première année et s'élevait parfois jusqu'à 90 p. 100.

C'est alors que commença ce grand mouvement qui aboutit à la loi du 23 décembre 1874 sur la protection de l'enfance, loi qu'on désigne habituellement sous le nom de loi Roussel, parce que c'est le docteur Théophile Roussel qui en a été le promoteur.

Cette loi n'a pas encore produit tous ses effets, cependant la mortalité de la première année est tombé à 16,62 pour 100 ; elle a par conséquent diminuée des trois quarts. Nous occupons le douzième rang en Europe sur la liste de 26 pays produite par M. Ber

tillon en 1890, dans l'*Encyclopédie d'hygiène*. Les pays les plus favorisés sont l'Irlande qui n'a que 9,53 p. 100, la Suède et la Norvège avec 13,19 et 10,49. Ceux qui ont la mortalité la plus forte sont la Bavière 30,84 et le Wurtemberg 31,25; la Prusse perd 20,78 dans la première année de la vie.

En général, les pays qui sont les plus féconds sont aussi ceux qui ont la plus forte, mortalité infantile et cette loi se vérifie en Asie comme en Europe. Les enfants meurent dans une proportion formidable dans l'Inde et en Chine, où la fécondité est extrême tandis qu'au Japon ou la natalité est faible et ne s'élève qu'à 30,2 pour 1,000 habitants, la mortalité n'est que de 276 sur 1,000 de la naissance à 5 ans. Ce chiffre se rapproche beaucoup du nôtre, 251 pour 1,000. En tenant compte de la race et du degré de civilisation, c'est un résultat remarquable. La *Revue Scientifique*, en rapportant ce fait dans son numéro du 21 octobre l'attribue aux soins particuliers dont les enfants du premier âge sont entourés au Japon et à la prolongation de l'allaitement qui dure jusqu'a trois ou quatre ans.

CINQUANTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Notice historique sur la Société de chirurgie de Paris

Par M. Charles MONOD, secrétaire général.

(*Suite et fin*).

Quant à la caisse, vers laquelle je me tourne respectueusement en terminant cette revue de nos œuvres vives, je n'aperçois, au contraire, qu'un ciel pur et sans nuages.

Il n'en fut pas toujours ainsi. La Société de chirurgie a été pauvre, mais toujours économe, et sachant proportionner ses dépenses à ses moyens. Elle ne tarda pas, au reste, à voir ses ressources grandir, grâce à l'augmentation du nombre de ses membres, grâce aussi à la bonne gestion de ceux de vos collègues que vous avez successivemen chargés du soin de vos finances : Marjolin, Debout, Houel, Guéniot, Nicaise, Berger, — Schwartz, enfin, le dernier élu et non le moins expert. En 1878, date mémorable, le président sortant, M, Panas, annonçait à ses collègues que, pour la première fois, la Société avait pu consacrer une modeste somme à l'achat de rentes sur l'Etat. La Société de chirurgie devenait rentière. Vous pensez bien qu'elle n'a pas cessé de l'être. Laissons retomber le voile : bien que nous soyons ici en famille, nous ne sommes cependant pas en comité secret. Il suffira à nos amis de savoir que notre situation financière est bonne.

La Société de chirurgie fut reconnue d'utilité publique en 1851. Elle acquérait ainsi la personnalité civile et devenait apte à recevoir des legs. A l'exception de celui de Huguier, tous ceux qu'elle a reçus ont eu pour objet la fondation de prix. J'ai déjà parlé du prix Duval. Il est à peine besoin de rappeler les autres : *prix Laborie*, *prix Gerdy*, *prix Demarquay*, *prix Ricord*. Peut-être, tout en adressant à nos généreux donateurs un reconnaissant souvenir, serait-il à propos de rappeler, comme l'un de nos présidents le faisait en 1876, que l'institution des prix périodiques ne réalise pas complètement l'intention des fondateurs. Le petit nombre, la valeur restreinte, quelquefois même l'absence des mémoires envoyés en témoignent. Il serait à désirer, ajoutait notre collègue, que les bienfaiteurs futurs de notre œuvre entrassent dans la voie ouverte par Mme Huguier, en permettant à la Société de chirurgie la libre disposition de leurs dons,

qu'elle saurait employer au mieux des intérêts de la science chirurgicale, son unique souci.

Cette *Notice historique* semblerait sans doute incomplète si elle se restreignait aux détails qui précèdent, si elle n'essayait de donner quelque idée de l'œuvre scientifique accomplie par la Société de chirurgie. Il est évidemment impossible de faire ici une analyse, même écourtée, de ses travaux. Il faut nous en tenir aux grandes lignes, ne nous arrêtant qu'aux principales étapes ; cela suffira pour montrer que notre Société, fidèle à ses origines, n'a jamais été que la vivante expression du mouvement chirurgical contemporain.

Lors de sa fondation, et surtout quelques années plus tard, lorsqu'elle eut attiré à elle, au fur et à mesure de leur nomination, les chirurgiens du Bureau central, la Société de chirurgie formait une réunion d'hommes jeunes, animés de généreuses ardeurs, aspirant à se montrer, par leur valeur scientifique, et par leurs succès opératoires, dignes de leurs aînés.

L'instant paraissait propice. L'anesthésie, dont les premières applications en France datent de 1846, allait donner à l'activité chirurgicale un nouvel essor. C'était aussi le moment où, sous l'influence de Lebert et de Robin, l'application du microscope à l'étude des lésions pathologiques commençait à permettre de pénétrer plus profondément le secret des affections chirurgicales.

La première des grandes discussions dont nos Bulletins ont gardé le souvenir, fut consacrée à l'étude de l'anesthésie générale, et plus particulièrement à celle de la chloroformisation. Elle s'engagea à propos d'un cas de mort par le chloroforme observé par Vallet (d'Orléans), un de nos membres correspondants, et à la suite d'un remarquable rapport de Robert, lu dans la séance du 8 juin 1853. Elle se prolongea jusqu'au 22 février 1854, c'est-à-dire pendant près d'un an. Le résumé de la discussion fait par Robert n'occupa pas, à lui seul, moins de quatre séances. Le débat fut donc complet. La Société exprima par son vote final l'avis que, si l'inhalation du chloroforme, même pur et bien administré, pouvait déterminer la mort, ces cas malheureux étaient trop exceptionnels pour que l'on dût renoncer à l'emploi de ce précieux agent. Cette discussion s'est renouvelée à bien des reprises parmi nous : elle a toujours abouti à la même conclusion.

C'est aussi dans les premiers volumes de nos recueils que vous trouverez la trace des importantes recherches de Lebert sur les tumeurs fibro-plastiques, sur la distinction du cancer et du cancroïde, sur les enchondromes, etc. Notre Société, en accordant à Lebert, bien qu'il ne fût pas chirurgien de profession, le titre de membre titulaire, montrait tout l'intérêt qu'elle prenait aux travaux de ce genre. On sait au reste que le savant anatomo-pathologiste retrouvait parmi nous en Broca, Follin et Verneuil, des élèves distingués qui devinrent bientôt des émules.

Mais ce serait laisser dans votre esprit une fausse impression que d'insister davantage sur ces souvenirs. La chirurgie active et pratique demeurait la principale des préoccupations de notre Société ; — je dis : la chirurgie dans la plus large acception du mot.

La spécialisation n'était pas encore en honneur. La main qui maniait avec prestesse le couteau à amputations, était prête à saisir tel jour l'aiguille à cataracte, tel autre le lithotriteur, tel autre encore, le forceps. Nombreuses sont en effet, les communications que nous pourrions relever, dans les vingt premiers volumes du *Bulletin*, sur les diverses affections des yeux, de la vessie ou sur les questions diverses relatives à l'obstétrique, voire même sur les maladies du larynx, de l'oreille.

Est-il nécessaire de rappeler les noms de Follin, Perrin et Giraud-Teulon : de Danyau,

Blot et Depaul; de Voillemier, de Dolbeau, ces maîtres — pour ne citer que les disparus — que notre Société se glorifiait de compter parmi les siens?

C'est néamoins sur ce quel'on est convenu d'appeler la grosse chirurgie que se concentre le principal effort des chirurgiens de cette époque. Fractures, luxations, affections et plaies des articulations, anévrismes, hernies, bec-de lièvre, taille, autoplastie, amputations, désarticulations, ablations de tumeurs, etc.; tels sont quelques-uns des principaux sujets qui sont continuellement à l'ordre du jour.

Tantôt ce sont des faits intéressants, tirés de la pratique, qui sont communiqués, et qui donnent lieu à de courtes remarques; tantôt c'est une grande discussion qui s'engage. De véritables discours, longuement élaborés, sont lus à la tribune. Ils avaient parfois l'inconvénient, dit-on, de faire le vide dans la salle; ils n'en demeurent pas moins pour nous des documents précieux.

Parmi les plus importants de ces grands débats, je signale celui sur les *formes et le traitement de la coxalgie*, ceux plusieurs fois renouvelés sur le *traitement des anévrysmes*. survenant au moment où Vanzetti venait d'établir les avantages de la compression digitale; ceux encore, non moins abondants, sur les *polypes naso pharyngiens*, dont l'histoire pathologique est tout entière faite dans nos *Bulletins*; celui enfin sur l'*évidement des os* et les *résections sous périostées*, dans lequel Sédillot et Ollier, nos illustres collègues, trouvant chacun parmi nous des partisans et des adversaires, soutinrent eux-mêmes leur opinion respective, jusqu'au jour où la discussion fut close au profit des opérations sous-périostées.

Citerai-je encore les nombreuses séances consacrées à l'examen de la valeur relative des différents procédés d'*amputation partielle ou totale du pied*; au *traitement des fistules vésico-vaginales*; à *l'anatomie pathologique*, au *mécanisme et au traitement des hernies*; aux *affections et tumeurs des bourses*; aux *plaies de tête, de poitrine et de l'abdomen*; aux *tumeurs de l'utérus et de l'ovaire*; aux *pieds-bot, becs-de-lièvre, anthrax, tumeurs érectiles*... Mais je m'arrête; pour être complet, il faudrait passer en revue la pathologie chirurgicale toute entière.

Je me ferais scrupule cependant de ne pas mentionner encore, parmi les sujets de vos délibérations, les *plaies par armes à feu*, dont vous avez abordé l'étude toutes les fois que l'occasion s'en est offerte. La présence parmi nous de tant d'éminents collègues, de l'armée ou de la marine, auxquels vous avez toujours tenu à honneur d'ouvrir largement vos rangs, donnait à vos discussions, en de tels jours, une saveur et une portée spéciales.

L'activité, dans toutes les directions, était donc considérable. Et cependant le terrain livré alors aux entreprises de la chirurgie n'avait pas la même étendue qu'autrefois, ni surtout celle qu'il devait atteindre quelques années plus tard.

Le commencement du siècle avait été témoin de singulières audaces. La cure radicale des hernies était remise en honneur à la suite des travaux de Gerdy. Lisfranc pratiquait jusqu'à l'abus l'amputation du col utérin, et Récamier, allant plus loin, osait enlever l'utérus entier et avait des imitateurs; les recherches de Jobert (de Lamballe), de Lembert, de Gély (de Nantes), démontrant la possibilité de pratiquer, sur l'intestin ouvert, au moins chez les chiens, des sutures hermétiques et solides, donnaient l'espoir d'arriver chez l'homme à de semblables résultats; on n'hésitait pas, enfin, du moins à l'étranger, à ouvrir le ventre des femmes pour extirper des kystes de l'ovaire, ou même des tumeurs de plus mauvaise nature... le tout, il est vrai, avec des résultats, pour la plupart, désastreux (1).

(1) Voir dans l'intéressant livre de notre excellent collègue J. Rochard (*La chirurgie française au* XIX *siècle*. Paris, 1875, p. 267), le chapitre intitulé : *Témérités chirurgicales*

C'était aussi l'époque où l'on ne reculait pas devant les plus graves mutilations pour triompher du cancer : larges amputations de langue, ablations dites totales de la parotide. résection des deux maxillaires, extirpation complète du rectum, etc., sans plus de succès d'ailleurs.

Un temps d'arrêt, même de recul, se produisit. La Société de chirurgie n'y fut pas étrangère. Elle contribua à cette réaction salutaire, soit par son abstention systématique à l'égard de certaines opérations, soit par la sage réserve qu'elle observa à l'égard de certaines autres.

Elle avait deux raisons pour agir de la sorte. Elle cédait au découragement qu'éprouve le praticien, lorsqu'il voit ses efforts ne pas aboutir : le cancer impitoyable, en dépit des plus lourds sacrifices, récidivait, pour ainsi dire, toujours ! Mais, surtout, elle constatait qu'une telle chirurgie ne se faisait pas sans de formidables hécatombes.

De tous temps, la mortalité dans les hôpitaux avait été considérable, mais il ne paraît pas que l'on s'en fût sérieusement ému. L'on semblait se résigner assez allègrement à cette *part du feu*, et les quelques succès obtenus faisaient oublier les trop nombreux revers.

Ce sera un des titres d'honneur de la Société de chirurgie d'avoir mis au premier rang de ses préoccupations le souci de la vie humaine, au risque d'être accusée de manquer parfois de hardiesse.

Les recherches statistiques de Malgaigne, de Trélat, de notre savant et si regretté collègue le professeur Le Fort — dont nous ne nous attendions guère à déplorer aujourd'hui la fin prématurée, — avaient mis le mal en évidence et permis d'en sonder la profondeur. Restait à le combattre. La Société de chirurgie s'y employa avec zèle.

Pour certains, l'instrument tranchant était le grand coupable; il ouvrait la porte à la phlébite, qui elle-même, suivant la doctrine du jour, était la véritable cause des accidents infectieux auxquels les opérés succombaient. Le bistouri devait donc céder la place aux procédés de striction lente ou de cautérisation qui, en obstruant les vaisseaux, fermaient l'accès aux produits toxiques. Maisonneuve, avec son ostéoclaste, cet instrument de torture qu'il osa employer sur le vivant, montra jusqu'où l'on pouvait aller dans cette voie.

La Société de chirurgie n'eût pas de peine à faire justice de telles exagérations. Mais elle sut aussi reconnaître que l'écraseur linéaire, inventé par Chassaignac, et présenté par lui à ses collègues dès 1856; que le constricteur dont Maisonneuve vantait les qualités supérieures ; que le galvano-cautère de Middledorpf dont Broca contribua à répandre l'usage ; que les divers procédés de cautérisation, enfin, et particulièrement la cautérisation en flèches, préconisée par Salmon et par Mannoury, l'un de nos meilleurs correspondants — constituaient de précieuses ressources, et qu'avec leur aide les accidents des plaies, s'ils n'étaient pas supprimés, diminuaient de nombre et d'intensité.

Mais tant que la bataille demeurait engagée dans les milieux contaminés où, depuis si longtemps, l'infection purulente et l'érysipèle régnaient en maîtres, de simples modifications dans les méthodes opératoires devaient se montrer insuffisantes.

La Société de chirurgie le comprit, et abandonnant, pour un temps, l'objet habituel de ses délibérations, elle mit à son ordre du jour la grande question de l'assainissement des hôpitaux.

Nulle part la campagne ne fut conduite avec plus de vigueur et de talent. Je fais allusion ici à la mémorable discussion soutenue en 1864, rue de l'Abbaye, à propos de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu.

Elle fut ouverte, le 12 octobre, par Trélat, qui prononça alors un de ses meilleurs

discours. Il le terminait par une série de conclusions qui, après un long débat, furent votées presque sans modifications le 12 décembre suivant. Les projets de l'administration étaient déclarés condamnables. De plus, par la bouche de ses membres les plus autorisés, Gosselin, Verneuil, Broca, A. Guérin, Le Fort etc., mettant courageusement à nu les vices de notre organisation hospitalière, la Société formulait nettement un programme de réforme.

L'administration ne se rendit pas. L'Hôtel-Dieu fut reconstruit sur l'emplacement choisi et dans les conditions hygiéniques que l'on sait. Mais qui oserait dire que ce grand débat fut stérile? N'a-t-il pas répandu des idées qui, depuis lors, sont devenues monnaie courante?

Aussi bien, notre Société eût-elle obtenu gain de cause sur ce point spécial, le mal n'en aurait pas moins subsisté en grande partie. Nos autres hôpitaux auraient conservé longtemps encore sans doute leur installation défectueuse, avec laquelle il fallait bien compter.

Force était donc de chercher en même temps dans une antre direction la solution du errible problème.

N'atteindrait-on pas le but en posant avec plus de soin les indications opératoires et surtout en recherchant le meilleur pansement à appliquer aux plaies chirurgicales?

A ce double ordre d'idées se rattachent les recherches de notre éminent collègue et maître, M. Verneuil, poursuivies sans relâche devant la Société depuis 1868, sur l'influence que les états généraux constitutionnels ou les affections préexistantes du foie et des reins peuvent avoir sur les résultats opératoires, — et, d'autre part, l'examen fait par vous des nouveaux topiques proposés de tous côtés, et considérés par leurs inventeurs comme seuls capables de s'opposer à l'éclosion des accidents infectieux.

On touchait à la délivrance. La guerre de 1870 venait de montrer la plaie dans toute son horreur. A Paris, la mortalité avait été effrayante. On n'ouvrait plus un abcès, on n'incisait plus un panaris sans redouter l'infection purulente.

Aussi ne fût-ce pas sans un profond étonnement que, en 1871, la Société de chirurgie apprit qu'un de ses membres, notre vénéré maître M. Alphonse Guérin — dans son service, à l'hôpital Saint-Louis, à l'époque néfaste de la Commune, dans les plus mauvaises conditions hygiéniques que l'on pût imaginer, — avait, sur 36 amputations pratiquées du mois d'avril au mois de juin, sauvé 23 malades alors que, pendant les six mois précédents, il avait perdu tous ses amputés sauf un.

Est-il besoin de rappeler comment M. A. Guérin avait obtenu ce succès? Mettant à profit les démonstrations faites par Pasteur sur les germes atmosphériques, et sur la propriété que possède l'ouate de les arrêter au passage à la façon du meilleur des filtres, il avait eu l'idée de mettre les plaies opératoires à l'abri de toute infection venant de l'air, en les enveloppant d'une épaisse couche de coton.

Le « pansement ouaté » aussitôt expérimenté par ses collègues et reconnu efficace, était un immense progrès. Il était réservé à Lister, que notre Société est heureuse de compter au nombre de ses membres associés, de faire mieux encore. Il établit par une suite de faits qu'en appliquant avec méthode l'acide phénique au pansement des plaies, non seulement on empêche le développement à leur surface des germes capables de les contaminer, mais encore on supprime la suppuration ; qu'il est par conséquent possible d'obtenir la réunion primitive des parties divisées, toutes les fois qu'elle paraît praticable.

Le pansement de Lister découlait directement des découvertes de Pasteur. Lister s'est d'ailleurs toujours plu à reconnaître — et tout récemment avec éclat dans une circons-

tance solennelle — la part qui revient à l'illustre compatriote dans la merveilleuse évolution de la chirurgie moderne à laquelle il a lui-même si puissamment contribué.

C'est le 17 mars 1875 qu'il fut pour la première fois question, à la Société de chirurgie, du pansement de Lister. M. Duplay nous communiquait, au nom de M. L. Championnière, qui ne faisait pas encore partie de la Société, un cas de trépanation suivie de guérison. Le succès de cette opération, réputée si grave, était attribué par l'auteur à la rigoureuse application des préceptes de Lister, dont il était, depuis un voyage fait en Écosse en 1868, l'ardent partisan.

L'année suivante, M. Verneuil nous faisait part des résultats que le professeur Saxtorph (de Copenhague), plus tard membre correspondant de notre Société, avait, par le même moyen, obtenu dans son service. Ils étaient bien faits pour fixer l'attention : sur treize résections de grandes articulations, dont quatre de la hanche, Saxtorph n'avait eu qu'une seule mort !

Le pansement de Lister ne tardait pas à être sérieusement mis à l'étude. Peu après la communication de M. Verneuil, MM. Guyon, Labbé, Terrier, L. Championnière nous apportaient une série de faits concordants, tirés de leur pratique, qui en démontraient l'incontestable efficacité.

Ce dernier surtout, devenu notre collègue, ne manqua pas, depuis lors, une occasion d'en mettre en lumière les bienfaits. Justement appelé l' « apôtre » de la méthode nouvelle, nul plus que lui n'a contribué à la faire connaître et à en répandre l'usage parmi nous.

Les résistances qu'il rencontra furent assez nombreuses, mais bientôt se réduisirent à une seule, celle-là irréductible.

Et s'il n'en reste qu'un, je serai celui-là !

s'écrierait volontiers le collègue excellent qu'il serait bien superflu de nommer.

L'accueil fait par la Société de chirurgie à la méthode de Lister assurait son triomphe en France. Déjà à l'étranger il était incontesté.

Dirai-je l'influence que la vulgarisation de ces pratiques a eue sur la chirurgie moderne : l'infection purulente, l'érysipèle et toutes les complications des plaies définitivement vaincues ; les amputations se succédant sans échec ; les résections reprenant la place qui leur appartient ; l'ouverture d'une articulation n'étant plus l'événement redouté entre tous ; la chirurgie des os, ostéotomie, résection des cals vicieux, évidement, devenant sans danger ; des opérations plus audacieuses ou plus périlleuses encore : extirpation de goîtres, suture de la rotule rompue, ablation du larynx, trépan, suture ou greffe tendineuses... exécutées presque à coup sûr ; toute la chirurgie des viscères faisant cette fois à bon droit son apparition sur la scène : cure opératoire des hernies, laparotomies pour obstruction ou plaies des intestins, ablation des tumeurs liquides ou solides de l'ovaire, opérations partielles ou totales sur l'utérus et ses annexes ; exploration ou ablation du rein ; traitement chirurgical des calculs biliaires, etc., etc. L'énumération est bien incomplète ; encore n'ai-je pas essayé d'entrevoir ce que nous réserve l'avenir

Retournez en arrière. Voyez dans nos Bulletins le mouvement se dessiner d'année en année ; vous serez, j'ose le dire, émerveillés.

Ah ! je sais bien. Ils ne manquent pas, ceux qui s'effraient ; qui nous accusent d'aller rop loin et trop vite ; qui parlent de *folie opératoire*.

Laissez dire. Nous ne méritons pas ces reproches. La Société de chirurgie a toujours eu le bonheur de posséder des maîtres à l'esprit sage, prêts à accepter les tentatives, si osées qu'elles paraissent, lorsqu'elles sont suffisamment justifiées, mais sachant aussi repousser sans hésitation toute témérité coupable.

Par là, Messieurs, vous restez fidèles aux traditions séculaires de la chirurgie française. Notre Société se plaçait, en 1843, sous la glorieuse égide de l'Académie de chirurgie. Aujourd'hui, juste cent ans après la disparition de votre aînée, vous êtes en droit de dire que vous continuez sa grande tâche. Fut-il jamais plus à propos d'évoquer ce souvenir que dans cette maison, où, grâce à la bienveillance de la Faculté nous pouvons célébrer notre fête ; dans ce vénérable édifice qui fut, il me sera permis de le rappeler, construit pour les chirurgiens de Saint-Côme, nos pères ? Si ces vieux maîtres pouvaient revenir parmi nous, s'ils pouvaient vous entendre et vous voir à l'œuvre, j'imagine que, d'abord étonnés de vos audaces, plus étonnés ensuite de vos succès, il vous reconnaîtraient pour leurs légitimes héritiers et seraient fiers de leurs descendants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 octobre 1893. — Présidence de M. Fernet.

Rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant.

M. Béclère revient, à propos du compte rendu de la dernière séance, sur l'étiologie du rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant ; pour lui, les cas sont beaucoup moins rares qu'on le croit, mais ils restent très souvent méconnus. Le rhumatisme blennorrhagique des petites filles est lié à une vulvo-vaginite résultant, le plus souvent, d'une contagion non vénérienne ; les objets de toilette, les éponges, etc., etc., doivent surtout être incriminés. Plusieurs auteurs ont déjà attiré l'attention sur ces faits.

M. Sevestre pense aussi que le rhumatisme blennorrhagique n'est pas très rare. Depuis la communication de M. Richardière (1), M. Sevestre en a observé deux autres cas, liés aussi à des vulvo-vaginites à gonocoques.

Péritonite tuberculeuse guérie par l'injection intra-péritonéale de naphtol camphré.

M. Rendu présente une femme de 25 ans, dont la santé paraît actuellement très satisfaisante ; M. Rendu fait remarquer que l'abdomen de cette femme est normal, souple et sans ascite. Il s'agit d'un cas de guérison de péritonite tuberculeuse.

Voici l'histoire de cette malade :

Au mois de janvier dernier, elle entrait dans le service de M. Rendu pour un érythème noueux fébrile, dix jours après, elle quittait l'hôpital parfaitement guérie. Elle revint le 15 mai, pâle, amaigrie et présentant une ascite assez considérable ; elle avait des alternatives de diarrhée et de constipation, des douleurs abdominales diffuses, de la fièvre vespérale. Au-dessous de l'ombilic on constatait une zone de matité circulaire, mobile suivant les déplacements et l'on percevait nettement la sensation de flot. Au-dessus de l'ombilic, la palpation donnait une sensation d'empâtement diffus. Les membres inférieurs étaient œdématiés. Le cœur était normal, les urines ne contenaient pas d'albumine, le foie n'était pas volumineux ; on ne pouvait donc penser à une affection du cœur, du rein, du foie. Par exclusion, le diagnostic qui s'imposait était celui de la péritonite tuberculeuse ayant débuté insidieusement.

Les plèvres commençaient à se prendre ; il y avait un peu d'épanchement à droite et à gauche, plus abondant à gauche. L'examen des poumons ne révélait à peine qu'un peu de rudesse de la respiration et un peu de retentissement de la voix au sommet droit ; la malade toussait peu et n'expectorait pas.

Les épanchements pleuraux confirmaient le diagnostic de péritonite tuberculeuse. On

(1) *Union médicale*, 26 octobre.

sait, en effet, depuis les travaux de M. Godelier et de M. Fernet, que la séreuse pleurale est très souvent atteinte consécutivement à la péritonite tuberculeuse.

Avant de proposer une laparotomie, M. Rendu évacua le 22 mai, par une ponction, environ les quatre cinquièmes du liquide, ce qui faisait 7 litres. Immédiatement après la ponction, il injecta dans ce qui restait de liquide, cinq seringues de Pravaz de naphtol camphré pur. Pendant les deux ou trois premiers jours, la malade éprouva des douleurs sourdes dans l'abdomen; de plus, le lendemain, la température s'élevait à 39°6 ; elle eut aussi des nausées, un peu de diarrhée. Mais tous ces phénomènes cessèrent rapidement. L'ascite ne se reproduisit plus. Les jours suivants, la palpation de l'abdomen donnait la sensation d'une résistance diffuse produite par des anses intestinales agglutinées.

Vers le 15 juin, la région sous-ombilicale devenait souple, mais on sentait toujours dans la région hépatique et gastrique une masse diffuse, inégale, bosselée, qui semblait constituée par l'épiploon épaissi et induré.

Le 15 juillet, le malade entrait franchement en convalescence; on sentait encore un noyau gros comme une noix environ au devant de l'estomac; le 15 août, il n'en restait plus de traces. L'abdomen était absolument souple.

Pendant ce temps, l'épanchement pleural s'était complètement résorbé.

Depuis, l'état général de la malade est resté excellent ; elle a augmenté de poids et a de l'appétit. On peut la considérer comme absolument guérie.

M. Rendu pense donc qu'avant de soumettre un malade atteint de tuberculose péritonéale à une opération aussi importante que la laparotomie, il faut essayer les injections intra-péritonéales de liquides antiseptiques. Le naphtol camphré a été dans le fait précédent d'une très grande efficacité.

M. Le Gendre. On voit quelquefois disparaître spontanément des ascites tuberculeuses. Une petite fille de 7 ou 8 ans, au cours d'une tuberculose d'un sommet, fit de l'ascite. On porta le diagnostic de péritonite tuberculeuse et on prescrivit des badigeonnages iodés et collodionnés. Quelque temps après l'ascite disparut assez brusquement. Le père expliquait ce résultat par l'usage de la bicyclette auquel il avait soumis son enfant.

M. Rendu. La péritonite tuberculeuse peut, en effet, guérir spontanément; mais cela est rare; il faut essayer de modifier le péritoine par des antiseptiques.

M. Du Cazal (Val-de-Grâce) n'a pas perdu un seul malade du fait de péritonite tuberculeuse ; celle-ci est assez fréquente dans l'armée ; la guérison peut être obtenue par des moyens très variables. C'est ainsi que M. Du Cazal en a observé un cas dans lequel le traitement avait consisté en larges vésications sur le ventre, ainsi que le conseillait M. Peter.

M. Sevestre a obtenu plusieurs guérisons à l'aide de révulsifs sur le ventre (teinture d'iode, pointes de feu) et de créosote à l'intérieur.

M. Fernet pense qu'il ne faut pas employer le naphtol camphré en injections dans les séreuses, car c'est une substance très irritante, très douloureuse, et l'on a à craindre la production d'accidents réflexes graves, convulsifs ou épileptiformes, comme on en a observé dans d'autres interventions médico-chirurgicales sur les plèvres ou le péritoine.

M. Le Gendre a autrefois, dans des expériences faites sous l'inspiration de M. Bouchard, injecté du naphtol camphré dans la plèvre ou le péritoine d'animaux ; ceux-ci mouraient en une demi-heure avec des accidents convulsifs. A l'autopsie on ne trouvait rien ; la mort devait donc être attribuée à des phénomènes réflexes violents provoqués par les douleurs intenses.

Chez la malade de M. Rendu, il est vrai, les conditions étaient différentes, puisqu'il

restait encore dans le péritoine le cinquième de la quantité de liquide ; le naphtol camphré était en solution très étendue.

M. Rendu ne pense pas que le naphtol camphré soit aussi dangereux ; les chirurgiens l'emploient à hautes doses sur des péritoines souvent peu malades et on n'a pas encore cité un seul accident.

M. Fernet. — Les chirurgiens opèrent sous le chloroforme ; les réflexes ne sont donc plus à craindre. M. Moizard a indiqué une formule pour injections iodées dans la plèvre; ces injections ont produit dans plusieurs cas des phénomènes assez graves, car elles contiennent de l'alcool ; si on le supprime et si on injecte simplement de l'eau iodée dans les plèvres ou dans le péritoine, on n'observe plus de douleurs ni de phénomènes réflexes.

La méthode des injections modificatrices est une méthode excellente, mais il faut être réservé dans le choix des substances à injecter.

Une épidémie de rubéole

M. Sevestre a observé, il y a quelques mois, dans un grand collège de Paris, une épidémie de rubéole. Voici les conclusions de sa communication :

La rubéole est une maladie spéciale, autonome, qui doit être distinguée de la rougeole et de la scarlatine aussi bien que de la roséole. Elle est regardée comme très rare en France, peut-être parce qu'on la méconnaît souvent.

Les épidémies de rubéole procèdent par poussées, séparées par des intervalles correspondant à la période d'incubation, qui est, en moyenne, de quinze jours. Les premiers cas peuvent passer inaperçus en raison de la bénignité habituelle des symptôme généraux.

La rubéole est contagieuse dès le début comme la rougeole ; aussi, lorsqu'on isole les malades, est-il déjà trop tard. Ce qu'il faut chercher à réaliser, c'est l'isolement des suspects, c'est-à-dire des enfants qui ont été en contact avec des malades ; malheureusement, il n'y a pas de prodomes, ce qui rend très difficile même cet isolement préventif.

Une fois la maladie terminée, ce qui ne demande guère plus de huit jours, le rubéoleux n'est pas contagieux. M. Sevestre se sépare donc complètement de l'opinion de M. Ollivier qui exige une quarantaine de vingt jours, une désinfection sérieuse dans un bain antiseptique, le licenciement de l'école et la désinfection des locaux.

Dans l'épidémie dont il s'agit, les malades sont restés de sept à douze jours à l'infirmerie ; on les a ensuite autorisés à reprendre leurs études ; on n'a, cependant, pas constaté à la suite un seul cas de contagion.

La désinfection ne peut être qu'une très bonne chose, mais elle n'est pas indispenable, le microbe encore inconnu de la rubéole devant avoir, comme celui de la rougeole, une vitalité très limitée.

COURRIER

Concours de l'internat. — M. le docteur Gouraud, membre du jury de l'internat ayant déclaré qu'il était allié à l'un des candidats a été remplacé dans ce jury par le premier au tour des juges tirés supplémentairement, M. le docteur Muselier.

La question sortie de l'urne était la suivante : Cœcum — Abcès péri-cœcaux.

Questions restées dnns l'urne — Péritoine sous-ombilical — Phlegmon périnéphrétique — Médiastin postérieur — Symptômes, marche, diagnostic des pleurésies purulentes.

Concours de l'externat. — Question posées — Symptômes de la pneumonie franche aiguë — Symptômes de la fièvre typhoïde.

Faculté de médecine de Paris. — M. Brissaud a été chargé, pour un an, du service de M. Charcot à la Salpêtrière, en attendant que la Faculté désigne le titulaire de la chaire de clinique des maladies nerveuses.

M. le professeur Duplay prend le service de clinique de l'Hôtel Dieu et M. Tillaux le service de la Charité. M. Terrier ira donc à la Pitié.

Ecole de médecine de Limoges. — M. Chénieux, professeur de clinique chirurgicale, est nommé pour trois ans, à partir du 1er novembre 1893, directeur de ladite école.

Distinctions honorifiques. — MM. les docteurs Okhotine, Medviedef et Aristof (médecins de la marine russe) sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Epidémie de choléra du Morbihan. — *Médaille de Vermeil*, M. Lesueur Florent, médecin de la marine à Lorient. *Médaille d'argent*, M. le Dr Lefranc, à Carnac.

Fêtes en l'honneur de Virchow. — Le 20 octobre, le professeur Virchow a fêté son cinquantenaire de doctorat.

— La Société de chimie belge organise un congrès international de chimie qui aura lieu à Bruxelles en août 1894.

— Le *Vratch* annonce que le gouvernement russe proposera que le 12e congrès médical international se tienne à Saint-Pétersbourg.

Cours libres. — MM. les docteurs Rochon-Duvigneaud et A. Terson recommenceront, le vendredi 10 novembre, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, un *cours pratique d'Ophtalmologie,* qui comprendra : 1° Ophtalmoscopie, examen fonctionnel et réfraction (avec malades) ; 2° Anatomie normale et pathologique de l'œil et des annexes (pièces histologiques, notion de teehnique bactériologique) ; 3° Médecine opératoire (avec exercices). Des cours auront lieu, tous les jours, à la même heure, et dureront six semaines. — S'inscrire, tous les matins, à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Nécrologie. — Le Dr Durand, de Combret (Aveyron). — Le Dr Ertaud, de Bouguenais (Loire-Inférieure). — Le Dr Respaut (de Paris). — Le Dr Bernard, de Saint-Benoit du Sault (Indre). — Le Dr Cortial, médecin-major au 86e régiment d'infanterie.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

BULLETIN

Il vient de se passer un fait bien commun à la Faculté et qui, nous le craignons, va sous peu se renouveler. La chaire de clinique de Charcot n'a pas été confiée à un nouveau professeur et un agrégé a été chargé du cours, ce qui recule d'une année la nomination du titulaire. Il est à croire que les raisons qui ont fait prendre cette décision pour le successeur du regretté Charcot seront les mêmes quand il s'agira de remplacer le professeur Léon Lefort, et voila du même coup deux chaires de la Faculté de médecine de Paris en souffrance.

Nous savons bien que l'agrégé qu'on a chargé d'un cours est plein de science et de zèle et que son enseignement ne laisse rien à désirer ; mais, tout dévoué qu'il est, il n'occupe qu'une situation passagère et, par conséquent, ne peut servir à créer le courant qui doit guider les élèves vers le maître.

Quels sont les motifs qui peuvent donner lieu à pareil retard ? On ne les comprend guère. Ce n'est certes pas la pénurie des candidats, ce n'est pas non plus l'embarras du choix à faire parmi ces candidats Non, il faut avoir le courage de l'écrire, puisque les professeurs eux-mêmes le disent, c'est simplement une mesure d'économie inqualifiable, qui fait qu'en retardant d'un an la nomination d'un professeur, on a douze mois de traitement à payer en moins. C'est donc pour la misérable somme de 15,000 francs qu'on va laisser une chaire en souffrance dans une Faculté qui, comme celle de médecine, est assez généreuse pour abandonner en faveur de sa sœur des sciences et, par conséquent, en faveur du ministère de l'instruction publique,

FEUILLETON

De l'influence de la profession médicale sur les médecins

C'est une loi formellement démontrée aujourd'hui, c'est une vérité fondamentale en biologie que, si la vie est, dans un certain sens, indépendante des milieux où elle se manifeste, elle n'en est pas moins soumise à leur influence, susceptible d'en recevoir des modifications, des empreintes caractéristiques, un cachet spécial résultant des actions réciproques et incessantes exercées sur l'être par son milieu et par le milieu sur l'être qui y est plongé.

L'homme ne fait pas exception à cette loi qui explique et fait comprendre les effets produits sur lui par les diverses professions. Telle est la cause des caractères parfois si tranchés, si reconnaissables, qui distinguent les différents groupes humains et leur

le revenu que peuvent apporter les milliers d'élèves qu'elle lui passe. Et, pourtant, la Faculté de médecine a besoin de réformes de l'aveu de ses membres ; elle ne désire qu'entrer dans la voie du progrès ! Qu'elle commence par remplir les vacances que la mort fait dans ses rangs.

La question, du reste, peut être envisagée à un autre point de vue, celui-là beaucoup moins élevé, il est vrai, mais qui a cependant une certaine importance pour les intéressés. Ce ne sont pas seulement, en effet, les agrégés, candidats à la place de professeur, qui souffrent de ce retard dans les nominations, mais bien aussi leurs collègues des hôpitaux de Paris. Qu'arrive-t-il, en effet, quand on ne remplace pas M. Charcot ? Il arrive que le médecin des hôpitaux qui doit être nommé professeur ne prend pas le service de la Salpêtrière et, par conséquent, ne quitte pas le sien ; ce qui fait qu'en descendant l'échelle on arrive à un médecin du Bureau central qui, de ce fait, est placé avec une année de retard. Et cette bonne Assistance publique, qui fait tant pour la Faculté, serait en droit, à charge de revanche, de dire à cette dernière de ne pas s'opposer à la régularité des nominations dans le corps médical des hôpitaux.

Je sais bien qu'on peut me répondre qu'elle même ne se dépêche guère de combler les vides faits dans certains de ses services, et ceci m'amène justement à dire un mot de ce fameux service de Civiale, dont il a été déjà tant parlé ! Peut-être ne faudrait-il pas aller bien loin pour trouver que, là encore, l'Assistance publique subit certaines influences ; mais cet état de choses va cesser, espérons-le. La Société des chirurgiens des hôpitaux a, en effet, émis les deux vœux suivant, dans une réunion tenue le 18 octobre dernier :

1° Le service de Civiale reste service d'urinaire *avec consultation* jusqu'à création du service d'urinaires sur la rive droite ;

2° Le titulaire du service d'urinaires de l'hôpital Necker passera titulaire du service d'urinaires de la rive droite, lorsque celui-ci sera créé.

Ces vœux ont été transmis par M. Perier au conseil de surveillance et un rapport sera fait pour la prochaine réunion. Que contiendra-t-il ? La décision de la nomination du remplaçant du docteur Heurteloup. C'est

---

donnent des allures, des habitudes, des manières d'être, de penser et de sentir spéciales à chacun d'eux.

Une publication anglaise, l'*International Journal of ethics*, examinait dernièrement quelles pouvaient être, sur le corps médical, les résultats de ces influences professionnelles, au double point de vue intellectuel et moral. La question ne peut être effleurée que d'une manière tout à fait générale, car les médecins se divisent eux-mêmes en un grand nombre de catégories dont les travaux, les occupations et les intérêts sont parfois très dissemblables. Le praticien, le professeur, l'homme de laboratoire, le médecin qui remplit des fonctions officielles, sont autant de variétés très tranchées d'une même espèce. Cela n'empêche pas que des études identiques et des préoccupations journalières de même ordre n'impriment à la masse des hommes qui ont choisi cette carrière une physionomie dont les traits principaux se retrouvent partout.

On a prétendu qu'une des conséquences les plus fréquentes, les plus répandues, des études médicales était une certaine tendance à l'irréligiosité (si j'ose risquer ce néologisme), et, sinon à la négation absolue et formelle, du moins à un scepticisme complet

ce qu'exigent le bon fonctionnement du service, l'intérêt des malades et le respect de la fondation Civiale.

CINQUANTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

Discours de M. le professeur Verneuil

Chers collègues, chers amis, et si j'ose le dire pour bon nombre d'entre vous, chers disciples !

C'est un grand honneur pour moi de vous présider une fois encore, dans une journée qui, depuis celle de sa fondation, tient certes la plus grande place dans l'histoire de notre Société, journée qui attesterait sans autre preuve sa robuste vitalité et lui présage une durée sinon sans fin, rien n'étant éternel ici-bas, au moins une survie que nul danger ne menace.

Bien qu'en vérité je n'y aie aucun droit — puisque je suis entré dans la Société neuf années après sa fondation ; puisque deux de ses fondateurs vivent encore, ainsi que deux anciens présidents, l'ayant dirigée l'un dix-sept et l'autre neuf années avant moi ; puisque enfin deux honoraires sont mes aînés — j'accepte cet honneur avec gratitude. C'est que je le regarde comme la récompense de l'attachement constant, profond et sans bornes, que j'ai voué à votre célèbre Compagnie, dont je fais partie depuis quarante et un ans, où j'ai toujours été écouté avec indulgence et bienveillance d'abord, avec sympathie plus tard, et aujourd'hui encore, à la fin de ma carrière, avec une déférence dont je suis vivement touché, à laquelle enfin je consacrerai de grand cœur une partie de mon labeur, tant qu'il aura quelque prix.

Mon assiduité à vos réunions a eu pour moi de grands avantages, entre autres celui de me permettre de voir, soit à leur âge mûr, soit en pleine gloire, soit à leur début, ceux qui, dans la plus grande partie de ce siècle, ont été, sont à cette heure ou deviendront bientrôt des maîtres incontestés et les dignes représentants de la chirurgie française.

---

touchant les choses dites surnaturelles. Le vieux proverbe : *Ubi tres medici, duo athœi* se traduit en langage moderne par cette formule rebattue dont il n'est aucun de nous qui n'ait eu les oreilles fatiguées : « Les médecins sont tous des matérialistes ? » On ne saurait nier la part très grande qui revient aux maîtres des sciences biologiques dans la direction et dans les conclusions des recherches philosophiques de ces cent dernières années. Le mouvement en ce sens, dont les philosophes de l'autre siècle avaient pris l'initiative, a reçu des physiologistes de celui qui s'achève une impulsion qui n'est point près de s'éteindre. Mais le grand public en a subi l'action bien plus que les médecins eux-mêmes, à qui les questions de ce genre ont toujours été présentes et qui, presque dans tous les âges, ont été familiarisés à considérer comme possibles les solutions qu'on s'accorde à donner aujourd'hui à ces problèmes. C'est pourquoi ces solutions n'ont pu provoquer ni leur enthousiasme ni leurs répugnances et, tandis qu'en dehors d'eux chacun s'est cru obligé de prendre violemment parti et de se jeter dans la mêlée pour attaquer ou défendre les théories scientifiques modernes, ils se sont cantonnés dans une sorte d'indifférence, de doute, de neutralité, qui ne sont ni absolument inconscients ou

J'ai connu et admiré, j'ai pu voir à l'œuvre et juger la plupart des hommes éminents qui ne siègent plus parmi nous, soit que la mort les ait frappés, soit qu'ils prennent un repos mérité après avoir, ici, payé un large tribut.

Plusieurs, et j'en suis fier, car ils étaient des meilleurs, m'ont accordé leur amitié, pour le moins leur estime, et je les ai approchés de si près dans la vie privée et publique, que j'en pourrais être facilement le biographe. En tout cas, en comparant leur œuvre et celle des contemporains vivants ou militants, je me suis demandé, en toute sincérité, à diverses époques, et me demande à cette heure encore, si notre Compagnie est en progrès, au *statu quo*, ou en déchéance.

Certes, j'ai constaté que l'activité de la tribune ne s'était point ralentie, pas plus que la productivité littéraire, car nos *Bulletins* annuels, depuis plus de quinze ans, sont presque trois fois plus étendus que dans les périodes antérieures. On travaille donc incontestablement plus; reste à savoir si l'ouvrage actuel est supérieur, égal même, à l'ancien.

Or, sans contester l'intérêt des documents récemment édités, sans blâmer la direction générale donnée aux travaux des dernières années, ni proclamer la supériorité absolue de l'ancien programme sur le nouveau, je me permettrai de dire qu'on a peut-être trop délaissé plusieurs éléments du premier, et par trop cultivé, je le crains, certaines parties du second.

Je prendrai quelques exemples :

Jadis, nous avions sans cesse à notre ordre du jour quelques questions vastes ou ardues, que n'auraient jamais pu résoudre ni l'expérience même très grande, ni l'effort momentané, même très puissant, d'un homme isolé, mais qui s'éclairaient lentement, sûrement, grâce à l'accumulation patiente et intégrale de faits bien observés, sincèrement relatés, longtemps suivis et fournissant matière à des débats substantiels, consciencieusement préparés, d'où découlaient d'elles-mêmes, pour ainsi dire, des conclu sions d'une égale importance théorique et pratique.

Je citerai presque au hasard les longues discussions sur le chloroforme, les anévrysmes, les hémorrhagies et l'hémostase, la coxalgie, les polypes naso-pharyngiens, l'hygiène des hôpitaux, etc.

Aujourd'hui, si l'on en excepte les laparotomies diverses, sur lesquelles semblent se concentrer toute l'ardeur et tout l'intérêt de la chirurgie et dont les histoires remplissent

---

irréfléchis, ni tout à fait raisonnés. On peut cependant remarquer combien cet état d'esprit se trouve favorisé par leur habitude de ne connaître, de n'apprendre et de ne discuter que des faits et des objets réels, de ne mettre en œuvre dans leurs recherches que les ressources des méthodes positives, de n'accepter comme vraies que les choses dûment démontrées et de suspendre leur jugement sur tout ce qui n'est que vues de l'esprit, raisonnement, *à priori*, déductions purement métaphysiques, hypothèses sans preuves, théories prématurées, ces déductions, hypothèses ou théories eussent-elles l'appui des plus hautes autorités intellectuelles, des plus illustres esprits.

Ces tendances s'accentuent et deviennent évidentes aux yeux de tous, lorqu'il s'agit de certaines idées ou croyances basées sur l'observation de faits inexplicables en apparence, ou du moins encore inexpliqués (bien que le nombre s'en restreigne tous les jours), dont preque toutes les religions ont eu le tort de s'emparer pour en faire des arguments en faveur de dogmes dont l'essence est d'être au-dessus de toute discussion, de tout examen et de toute preuve. Le *quid divinum* des épidémies est devenu visible à un grossissement de mille diamètres ; la folie et l'épilepsie ne passent plus, même auprès

des volumes, on paraît avoir renoncé à ces enquêtes minutieuses et instructives qui contribuèrent si puissamment à perfectionner notre science, et c'est, je vous l'assure, bien grand dommage, car, si vous songez aux résultats que donnerait, sur une question donnée, si difficile qu'elle fût, l'effort calculé et prolongé des trente-cinq titulaires secondés par les deux cents honoraires ou correspondants, il n'est, je suppose, guère de ténèbres qui ne seraient dissipées, ni de problèmes qui ne seraient résolus !

Parmi les fonctions des Sociétés savantes, il en est qui jouent, dans leur organisme, un rôle de premier ordre ; je veux parler de la critique et du contrôle qu'elles doivent exercer sur les travaux qui leur sont soumis et sur ceux même qu'elles peuvent, par voie indirecte et en vertu de leur pouvoir discrétionnaire, soumettre à leur juridiction. Je fais allusion, en ce moment, aux rapports sur les présentations faites par les candidats ou sur quelques idées originales et discutables émises par les sociétaires eux-mêmes. Si vous parcourez les volumes de nos premières séries, vous serez frappés du soin que les rapporteurs mettaient à accomplir une tâche, assez ingrate le plus souvent. Nombre de ces modestes travaux sont des chefs-d'œuvre où la critique, l'érudition, le jugement sain et le sens pratique brillent tour à tour. A ces exposés lucides, les autres membres s'empressaient de répondre avec un zèle égal et un même désir d'arriver à une solution. Après la lecture du rapport, on échangeait quelques observations, mais le plus souvent, on ajournait le débat et dans les séances suivantes, quelquefois plusieurs semaines durant, on entendait des discours étudiés, mûris, où toutes les opinions se faisaient jour et où se formulaient quantité d'idées originales émanant du cerveau d'hommes intelligents et instruits. En vérité, je connais peu de lectures plus attachantes et plus suggestives, si j'emploie ce terme à la mode, que celle de ces plaidoiries scientifiques, lesquelles, sans avoir disparu de nos Bulletins, sont devenues, j'ai le regret de le dire, de plus en plus rares, de moins en moins lumineuses ; et je ne suis pas le seul qui ait fait cette pénible constatation ; l'un de vos derniers présidents, M. Terrier, qu'on n'accusera certes pas d'encourager le verbiage et d'aimer les débats prolixes et creux, mais qui ne craint pas de dire ce qu'il pense, regrettait que, dans les travaux de la Société, « les longs mémoires aient disparu, les longs discours aussi, remplacés par des exposés de faits, des discussions statistiques, des relations d'opérations ou de procédés opératoires »; il demandait, lui aussi, des discussions très sérieuses, reportées aux séances suivantes, pour qu'on ait le temps de réunir les matériaux, de les condenser et d'en tirer le meilleur parti possible.

---

des plus religieux des hommes, pour des maladies sacrées, et l'hystérie ne s'exorcise plus ; la liste des affections que des oratoires privilégiés ou des sources miraculeuses ont le don de guérir diminue chaque jour. Affirmer cela, d'ailleurs, n'est point être irréligieux, mais en le faisant on passe pour l'être, et, comme aucun médecin, si croyant soit-il, ne peut se refuser à admettre ces évidences et les proclamer, le corps médical tout entier est considéré comme entaché d'irréligion et d'athéisme, alors qu'en réalité tout se borne à des habitudes d'esprit qui conduisent à la non-affirmation ou au non-examen, bien distincts de la négation. Une telle manière d'être de l'esprit n'est pas nouvelle chez les médecins et, à vrai dire, elle étonne et blesse moins le public de nos jours qu'elle ne faisait dans les siècles passés. En écrivant pour une revue anglaise son bel article sur la *faith-healing*, Charcot n'a certainement pas autant choqué ses contemporains que ce médecin grec, de l'école d'Hippocrate, qui, à propos de l'épilepsie, disait, il y a plus de deux mille ans : « Cette maladie ne me paraît ni plus divine ni plus sacrée que les autres, mais elle a des causes naturelles qui lui donnent naissance comme aux autres affections. Et ceux qui l'ont les premiers attribué aux Dieux me font l'effet

Pour ma part, je suis convaincu, avec notre collègue, que ce retour aux anciens errements est indispensable « pour conserver intacte la valeur de notre Compagnie et faciliter son évolution scientifique (1) ».

Grâce à la libéralité de quelques-uns de nos anciens collègues, Gerdy, Laborie, Demarquay, Ricord, nous disposons de prix assez importants pour récompenser les efforts des jeunes travailleurs qui, non encore opprimés par les servitudes de la pratique, peuvent consacrer leur temps à des travaux théoriques de critique, de compilation, d'érudition, à des expériences de laboratoire, à des recherches d'amphithéâtre. Il y a quelques années, lorsque je faisais partie des commissions, nous étions tacitement convenus de poser des questions telles que certaines parties de la science chirurgicale fussent toujours cultivées. Nous avions ainsi décidé d'attribuer le prix Gerdy à des travaux d'érudition, le prix Demarquay à l'étiologie et à la pathogénie, enfin, nous insistions sur une des clauses de la donation Laborie exigeant qu'un de ses prix fût régulièrement et périodiquement attribué à l'étude des suites éloignées des opérations chirurgicales, afin que fût soigneusement conservée dans notre pays cette belle et féconde conception qui a fait la gloire de notre grand Malgaigne.

J'ai parfaitement souvenir, qu'à diverses reprises, les concurrents ont donné satisfaction à nos désirs et répondu à notre appel; mais si j'en crois des renseignements de fraîche date : œuvres érudites, travaux étiologiques et pathogéniques dont la nécessité est pourtant plus pressante que jamais, renseignements précis sur les destinées des anciens opérés, tout ou peu s'en faut a disparu de notre programme et notre *palmarium* lui-même menace de rester en blanc, le combat finissant faute de combattants, c'est-à-dire le concours faute de concurrents.

Il y a là un abandon auquel, pour notre honneur comme dans notre intérêt, il conviendra de remédier.

Le délaissement des travaux de critique et d'histoire serait d'autant plus inexcusable que l'esprit français, lucide et pénétrant, est particulièrement apte à produire des modèles parfaits d'érudition sans prétention, sans pédantisme et à forme littéraire éveillant la curiosité, l'intérêt, en chassant la somnolence, et si quelqu'un protestait contre cette déclaration quelque peu chauvine, j'en conviens, je rappellerais ce qu'ont fait les élèves

(1) Séance du 20 janvier 1892, *Bulletins de la Société de chirurgie*, t. XVIII, p. 223.

---

d'avoir été pareils à ce que sont aujourd'hui les sorciers, les saltimbanques et les charlatans qui se donnent pour avoir beaucoup plus de science que le reste du peuple. »

Il apparaît donc que les études médicales ont eu de tout temps cette action, non pas de rendre nécessairement irréligieux ou athées ceux qui s'y livrent, mais de leur donner plus de largeur et d'indépendance dans les idées et le jugement, plus de décision et de fermeté dans l'esprit, de les maintenir, en quelque sorte, à l'avant-garde du progrès philosophique.

Si, de l'influence des études médicales elles-mêmes, on passe à l'examen de celles qui sont propres à l'exercice de la profession, on constate qu'elles sont toutes en faveur d'une supériorité morale réelle du médecin. Il ne faudrait point, cependant, tomber à ce sujet dans l'exagération, l'enfantillage et le comique. Ainsi, M. J. S. Billings examinant ce point particulier dans l'article du journal que je citais tout à l'heure s'exprime ainsi : « En premier lieu, le médecin est rendu prudent dans l'usage des boissons fermentées, non seulement par l'expérience qu'il a journellement des dangereux effets de l'abus de l'alcool, mais parce qu'il sait qu'il n'est jamais bon pour lui de boire au point de trou-

et les continuateurs de Malgaigne, entre autres Broca, Le Fort, et ce que font, à cette heure encore, les rares fervents de ces nobles études.

Je montrerais qu'à l'honneur de notre Compagnie, les splendides éditions nouvelles de Guy de Chaubac, d'Henri de Mondeville, de Méry et bientôt sans doute de Littré, sont dues au dur labeur de deux d'entre nous, quasi-seuls représentants de la grande édition chirurgicale, le savant docteur Nicaise, l'un de nos anciens présidents, et M. le docteur Petit, notre laborieux bibliothécaire.

J'ai même ici l'agréable mission de vous faire hommage d'une brochure fort intéressante, reproduisant les premiers statuts des chirurgiens de Paris de la confrérie de Saint-Côme et Saint-Damien. Ce qui double à nos yeux la valeur de cet opuscule, c'est que M. Nicaise l'a écrit spécialement pour nous, en l'honneur de notre cinquantenaire, et qu'à ce seul titre, il mérite nos vifs remerciements.

Avec de tels modèles, ne serait-il pas lamentable de laisser passer en d'autres mains un sceptre si glorieusement tenu par notre Société?

Après avoir signalé qu'à mon avis l'on ne fait plus assez, je dirai en toute franchise, suivant mon habitude, ce qu'en revanche l'on fait trop, je crois.

Au lieu de cultiver, comme jadis, le champ tout entier de la pathologie externe, avec incursions fructueuses dans la pathologie générale, la physiologie et l'anatomie pathologiques; en supposant peut-être que ce champ, partout défriché, est privé de toutes mauvaises herbes : préjugés, erreurs, obscurités, lacunes, on tend à s'enfermer de plus en plus dans le cercle restreint de la thérapeutique sinon même de la technique opératoire ; d'indications et contre-indications, de résultats éloignés : améliorations ou aggravations, de retentissement favorable ou fâcheux sur l'organisme sain ou taré, de prophylaxie, de moyens propres à assurer des guérisons durables, en vérité on ne parle plus guère.

De telle sorte que le chirurgien semble ne plus apparaître que tenant à la main le bistouri sauveur, cherchant par où et comment il le fera pénétrer jusqu'aux foyers morbides, multipliant les procédés sans trop se soucier, par confiance dans sa dextérité et dans l'antisepsie, de les rendre plus simples et moins périlleux, ne s'attardant pas à mettre en parallèle la temporisation et l'action, les procédés lents, doux, peu brillants, mais bénins, avec les procédés rapides, violents, qui restent et resteront toujours périlleux, les opérations palliatives et les opérations radicales au pronostic si différent, se préoccupant surtout du succès opératoire et confiant à la bonne nature la lourde charge

---

bler son jugement, d'embarrasser sa parole et de rendre sa marche incertaine. Il ne peut pas prévoir s'il ne sera point appelé à l'instant même près d'un malade sérieux, et il est sûr qu'il suffirait qu'on pût le soupçonner d'être sous l'influence du vin au moment où on réclame ses soins, pour que ses affaires en reçussent un sérieux dommage. »

Cette manière d'envisager les causes de la sobriété des médecins prête évidemment à rire, au moins de ce côté de la Manche; notre modération sous ce rapport tient à des mobiles plus élevés. Et, d'ailleurs, c'est attacher trop d'importance à ce qui n'est que l'absence d'un vice, que de lui donner la première place parmi les heureuses influences qu'exerce sur nous notre profession.

Nous citions plus haut l'indépendance et la largeur du jugement comme une des plus constantes conséquences de nos études très encyclopédiques. La pratique même de notre art y ajoute d'autres qualités non moins appréciables : la précision et la sûreté de la pensée, la promptitude et le sang-froid de la décision, une très philosophique indulgence pour un grand nombre de misères morales qui nous apparaissent plutôt comme des maladies que comme des vices, et une sensibilité de cœur très développée, très réelle,

du succès thérapeutique, vivant enfin dans l'illusion actuellement régnante de l'innocuité quasi-absolue de l'intervention, âge d'or de la chirurgie armée.

Voilà pour les apparences, car je n'entends pas dire, notez le bien, que la chirurgie conservatrice est devenue lettre morte, qu'on verse le sang sans réserve, à tort et à travers, car je sais et vous aussi qu'on guérit fort bien les arthrites sans arthrotomie, résections, ni amputations ; qu'en notre pays, du moins, on n'extirpe pas souvent les goîtres qu'on guérit si fréquemment avec l'iode et la seringue de Pravaz ; que les corps fibreux de la matrice sont, dans la grande majorité des cas, tenus en respect et guéris même avec l'ergotine, l'eau chaude et les thermes salins ; qu'enfin les intempérances de la gynécologie se modèrent et finiront par disparaître. Mais ce qui me surprend, c'est que les apôtres, encore fort nombreux, Dieu merci, de la conservation, de la temporisation, de la sagesse, de la prudence, de la chirurgie médicale ou de la médecine chirurgicale, si je puis associer ces deux mots, gardent si timidement le silence, ne protestent pas davantage et défendent si mollement et si mal leur belle cause, comme s'ils rougissaient vraiment de mettre trois ou six mois à guérir sans coup férir, sans danger ou avec les *acta minoris periculi* de sérieuses maladies que d'autres croient indispensable de traiter par de graves opérations.

Que dans votre enceinte donc, les conservateurs, dussent-ils être traités de réactionnaires, reprennent hardiment la parole ou la plume pour tempérer les ardeurs excessives de la pratique et signaler les écueils semés sur son chemin ; qu'ils s'organisent en une sorte de Droite constitutionnelle, de Sénat modérateur si vous voulez, et l'on verra bien autour de nous et au dehors où l'on ne nous juge pas toujours avec bienveillance, que la chirurgie française n'a perdu aucune de ses qualités maîtresses et que ses représentants actuels sont, comme toujours, prudents, instruits, humains, économes de la vie d'autrui et aussi fidèles serviteurs de la science que rompus aux difficultés de son application.

Chers collègues !

De grâce, veuillez ne pas croire dictés par un vain désir de critique, les reproches tout paternels que mon grand âge, mon expérience et mes bonnes intentions m'autorisent à vous adresser.

Votre Société est l'aînée de toutes celles du même genre qui ont été fondées dans le cours de ce siècle. Or, il ne faut pas qu'elle soit seulement la plus ancienne, mais bien aussi la plus active, la plus féconde, la plus savante, la plus avancée dans toutes les

---

quoi qu'on en dise, et de laquelle notre contact incessant avec tout ce que l'humanité peut recéler de douleurs et de tristesses n'arrive qu'à comprimer les manifestations extérieures sans en émousser pour nous la perception poignante.

La meilleure preuve de cette sensibilité supérieure n'est-elle pas fournie par la pratique constante de ces deux vertus (je ne crois pas que le mot soit exagéré) qui sont le grand honneur du corps médical : le dévouement, le *self-sacrifice*, devenant pour ses membres une habitude de tous les jours et de tous les instants, et la charité avec laquelle ils donnent leurs soins aux pauvres avec le même zèle, la même attention, le même cœur, et plus de spontanéité encore qu'ils ne les donnent aux riches. Sans doute, tout cela devient pour nous une habitude qui nous empêche de sentir le mérite d'un grand nombre de ces actions et d'en concevoir le plus léger orgueil ; il n'en est pas moins vrai que notre caractère moral s'en élève d'autant.

Comment pourrait-il en être autrement d'une profession. capable d'inspirer à un des hommes qui l'ont le plus honorée, le magnifique tableau que tout le monde sait par cœur, mais que je ne résiste pas au plaisir de reproduire en terminant.

voies du progrès, ainsi que la plus irréprochable et la plus accomplie. A cette condition son autorité légitime restera acceptée, incontestée, mais ne faites rien pour la compromettre et ne vous laissez distancer par personne.

Etant assez nombreux pour résumer toutes les aptitudes, toutes les tendances, aborder tous les sujets, représenter toutes ces spécialités qui morcellent notre art, vous pouvez et devez constituer une véritable encyclopédie vivante.

Craignez surtout que de grands succès pratiques vous énivrent et vous fassent dédaigner les triomphes scientifiques plus précieux encore. Les premiers, sans doute, augmenteront votre crédit et répandront votre renommée de par le monde ; par eux vous serez déclarés utiles au moins pour vos contemporains, mais par les seconds seuls vous parviendrez à la vraie gloire, et sans attendre votre centenaire serez justement proclamés illustres et bienfaiteurs de l'humanité tout entière.

Pourquoi faut-il que la solennité présente, qui devrait être tout empreinte de joie et de sérénité, soit, hélas ! attristée par un événement aussi cruel qu'imprévu : la mort du professeur Le Fort, l'un des membres les plus instruits et jadis les plus assidus de notre Compagnie ?

Il y a huit jours, plein de santé en apparence, il présidait l'Académie ; deux jours plus tard, alors qu'il se disposait à fêter avec nous nos confrères russes, il était brutalement frappé par la mort.

Les sociétés scientifiques auxquelles M. Le Fort appartenait entendront son éloge et le juste hommage rendu à ses travaux.

Je ne veux donc ici que rappeler sans retard ses grandes qualités de savant, de praticien, d'homme privé, sans peur et sans reproche.

Et je crois être votre interprête en transmettant, à sa famille en deuil, l'expression de nos profonds regrets et de notre vive sympathie.

Mais je ne voudrais pas vous laisser sous l'impression de cette trop douloureuse nouvelle et, pour l'atténuer, sans vouloir néanmoins l'effacer trop vite, je vais, pour éveiller des émotions plus douces, remettre de votre part à notre si universellement aimé et vénéré maître, M. Marjolin, un exemplaire frappé pour lui de notre médaille commémorative.

En entendant dans quelques minutes notre secrétaire général vous dire ce que M. Mar-

---

Trousseau, dans l'Introduction à sa clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, s'adressant aux étudiants, leur tient ce magnifique langage : « Alors commence pour vous ce sacerdoce que vous honorez et qui vous honorera ; alors commence cette carrière de sacrifices dans laquelle vos jours, vos nuits sont désormais le patrimoine des malades. Il faut vous résigner à semer en dévouement ce qu'on recueille si souvent en ingratitude ; il faut renoncer aux douces joies de la famille, au repos si cher après la fatigue d'une vie laborieuse ; il faut savoir affronter les dégoûts, les déboires, les dangers ; il ne faut pas reculer devant la mort quand elle vous menace ; car la mort conquise au milieu des périls de votre profession, fera prononcer votre nom avec respect. »

jolin a fait pour notre Société, vous comprendrez sans peine combien nous tenions à lui donner une faible mais durable marque de notre reconnaissance.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 octobre 1893. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

Sur la déclaration des maladies contagieuses

M. BUCQUOY lit une note de M. MARQUEZ au sujet de la déclaration des maladies contagieuses. L'auteur ne va pas, comme M Daremberg, jusqu'à regretter que la déclaration de la tuberculose ne soit pas imposée, mais il estime toutefois que quelque chose devrait être fait dans l'intérêt d'une préservation qui vise, surtout dans certaines stations de la Méditerranée, aussi bien l'habitant que l'hivernant. L'Académie pourrait tout au moins demander que la désinfection fut rendue obligatoire dès la sortie de l'occupant tuberculeux.

Mondeville et le traitement des plaies au XIVe siècle

M. NICAISE : Mondeville, chirurgien de Philippe-le-Bel, a écrit au commencement du XIVe siècle, un traité de chirurgie, qui est une œuvre remarquable, méritant encore d'être lue aujourd'hui ; c'est pour les étudiants un livre d'instruction et d'éducation. Ce livre de chirurgie est le premier de notre littérature chirurgicale, il n'y en a pas de plus ancien, et il n'a jamais été imprimé malgré sa valeur et les objurgations de Malgaigne, Littré, Chereau. Comme il a été écrit en latin, M. Nicaise, pour le vulgariser, vient d'en publier une traduction.

Pour donner une idée de cet auteur, de ses opinions avancées, il suffit de rapporter ce qu'il dit de la suppuration et du traitement des plaies. Le premier, il soutient que la suppuration est une complication et qu'il faut l'éviter ; c'est la doctrine d'aujourd'hui.

Il en déduit un traitement des plaies ; on ne les sondera pas, on pratiquera la réunion immédiate, on fera un pansement avec le vin chaud ou salé, on protégera les plaies contre l'air, car ainsi que nous le croyions il y a quelques années, il considérait l'air comme agent de la suppuration ; il avait aussi inventé un emplâtre antiseptique pour appliquer sur les plaies.

Son traitement des plaies du gros intestin donne encore une idée de la valeur de ce chirurgien précurseur : il suture la plaie de l'intestin par une suture des pelletiers, rentre l'intestin, suture la paroi abdominale, et si, dit-il, cette opération est faite immédiatement après la blessure, la guérison est rapide; il l'a obtenue avec un seul pansement.

En résumé, il a existé au XIVe siècle une période de la chirurgie, dans laquelle on cherchait à combattre la suppuration, on réunissait immédiatement les plaies, on les pansait avec du vin chaud ou un emplâtre antiseptique. Cette période est restée inconnue jusqu'à notre époque, le livre de Mondeville étant resté lui-même inédit.

Rapports sur les prix de l'Académie

M. CHARPENTIER lit un long rapport sur les nombreux mémoires envoyés à l'Académie pour les prix de l'*Hygiène de l'enfance;* les conclusions de ce rapport seront soumises à l'Académie en comité secret.

M. Kelsh donne connaissance d'un rapport dont il a été chargé et analyse les quatre mémoires présentés pour le prix de l'Académie sur les *origines et la pathogénie du cancer*.

Deux mémoires soutiennent l'origine parasitaire, les deux autres la théorie cellulaire.

L'Académie statuera en comité secret sur les conclusions du rapport qui est favorable aux mémoires qui soutiennent l'origine parasitaire.

M. Robin lit son rapport sur le prix des *Eaux minérales* et fait remarquer, en passant, la nécessité d'un enseignement officiel de l'hydrologie.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 octobre 1893. — Présidence de M. Galippe.

Vitesse toxique des poisons

M. Dastre insiste sur l'importance de la plus ou moins grande rapidité des injections intra-vasculaires et rappelle qu'il a autrefois établi que le lavage du sang par les injections d'eau salée ne suffisait point pour débarrasser l'organisme des poisons qui y avaient été introduits auparavant. Cependant, il résulte des nouvelles recherches, en cours encore, que des modifications suffisantes se produiraient sous l'influence de ces injections qui permettraient d'utiliser la méthode en thérapeutique.

M. Laborde fait remarquer qu'il a autrefois beaucoup insisté sur la manière de pratiquer les injections intra-veineuses. Les résultats sont variables selon que l'injection est poussée plus ou moins vite; c'est ainsi que la rapidité avec laquelle Rabuteau injectait les substances qu'il expérimentait lui avait fait reconnaître une foule de poisons du cœur.

M. Hayem pratiqu couramment les injections intra-veineuses d'eau salée comme traitement du choléra. Il ne pratique point un lavage du sang et cependant les résultats sont remarquables, est-ce par action sur les produits toxiques ou bien par action sur les diverses sécrétions ?

Formes de l'hématozoaire

M. Raillet lit une note de M. Labbé sur les diverses formes de flagella que l'on observe sur les hématozoaires. Il semble résulter de ce travail que les flagella n'existeraient pas dans le sang, qu'ils se produiraient seulement en dehors des vaisseaux sous l'influence de certaines causes physico-chimiques.

M. Laveran dit que les flagella sont caractéristiques de l'hématozoaire en évolution, qu'ils se produisent bien sous certaines influences, mais appartiennent en propre à l'hématozoaire du paludisme.

Microbe du poisson

M. Charrin a trouvé chez des poissons un staphylocoque qui amène la mort du goujon et est la cause des épidémies de ces êtres. Il sera intéressant de rechercher, ainsi que le fait observer M Nocard, si ce staphylocoque est pathogène pour les mammifères.

Foie infectieux

M. Hanot décrit une altération particulière du foie s'observant au cours de la fièvre typhoïde et de la tuberculose pulmonaire, alors qu'il existe des ulcérations intestinales. Ce sont des nodules se rencontrant dans l'épaisseur du foie constitués par des amas leucocythaires et cellulaires et tout à fait différents des nodules tuberculeux.

Absorption des virus par les muqueuses

M. Nocard, communique une note de M. Conte (de Lyon), sur *l'absorption des virus par les muqueuses*. On admet généralement qu'il n'y a pas absorption sans ulcération de la muqueuse. Cependant, les recherches des auteurs établissent, en ce qui concerne la conjonctive, que la rage, la morve et le choléra des poules peuvent être inoculés par l'instillation du virus sur le globe oculaire sans altération préalable de la muqueuse, mais le contact doit être plus ou moins prolongé.

M. Martin fait l'expérience suivante : il anesthésie des lézards en les plongeant dans le chloroforme ou l'alcool, l'animal se trouve au bout de quelques instants en résolution complète, ne fait aucun mouvement. Si on coupe la queue, on voit le tronçon s'agiter alors que le corps reste absolument immobile.

M. Giard présente des spirales dont les échantillons sont excessivement rares, puisqu'on n'en connaît qu'une dizaine de fragments.

COURRIER

L'Académie des sciences a procédé, lundi dernier, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Charcot.

Au premier tour de scrutin, M. Potain a été élu par 43 voix sur 54 votants.

— Le nombre des journaux médicaux, régulièrement classés et analysés par l'*Index medicus*, s'élève à 1,119

— Une femme en Angleterre a eu *quinze fois des jumeaux*. Le nombre de ses enfants s'élève à 33 ; de ce nombre 24 sont morts avant six mois. (*The Lancet*, 22 juillet.)

Corps de santé de la marine et des colonies. — Mutations dans le corps de santé de la marine, à la suite de la promotion du 20 octobre :

MM. les médecins de 1re classe Valence et Berthier, serviront à Cherbourg ; M. Badet, Fallier, Richer de Forges et Depied, serviront à Brest ; Mazet et Chastang passent, sur leur demande, de Cherbourg à Lorient.

Mutations dans le corps de santé des colonies :

M. le médecin en chef de 2e classe Serez est désigné pour servir au Sénégal ;

MM. les médecins de 1re classe Texier et Roques, sont appelés à continuer leurs services, le premier, au Soudan, et le second, au Côngo français ;

M. le pharmacien de 1re classe Charropin, est désigné pour servir à La Réunion.

Des médecins de 2e classe sont demandés, pour embarquer sur l'*Achéron* et sur l'*Elan*, et pour occuper les prévôtés de Groix, d'Indret et de Ruelle.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

peu renoncé à ce culte, ainsi qu'il appert de la dernière discussion académique. Les orateurs qui ont pris la parole ont tous déclaré que le secret médical n'est pas en cause dans la question et qu'il n'est pas dû, même aux vivants, lorsqu'il s'agit de maladies contagieuses ; c'est la doctrine qui s'est établie, du reste, depuis une vingtaine d'années.

Je ne reproche assurément pas à l'Académie de lui avoir donné son assentiment et d'avoir changé de manière de voir depuis 1879. Je l'en féliciterais plutôt. En matière d'hygiène, ceux qui se flattent d'être restés fidèles à leurs croyances d'il y a vingt ans, se délivrent à eux-mêmes un brevet d'ignorance ou d'entêtement. Ils ont le choix.

Pour ceux qui ont suivi sans parti pris les débats que j'ai rappelés plus haut, la lumière s'est faite. Il est en effet des exigences sociales dont l'esprit n'entrevoit pas tout d'abord l'impérieuse nécessité et auxquelles il se montre rebelle jusqu'à ce que le temps, l'expérience et la libre discussion la lui aient démontrée. C'est le cas de la mesure dont il s'agit. La déclaration, par les membres du corps médical, des maladies contagieuses qu'ils sont appelés à traiter, avec le nom et la demeure de ceux qui en sont atteints, est évidemment un devoir difficile et pénible qui leur est imposé ; mais ils comprennent que c'est la première condition qui s'impose en matière de prophylaxie sanitaire, qu'aucune mesure sérieuse n'est possible sans la déclaration préalable, et ils ne peuvent pas refuser de s'y soumettre parce que ce sont eux qui l'ont réclamée dans les Congrès et les Sociétés savantes. Il s'est bien, sans doute, élevé quelques protestations dans la presse médicale ; mais elles sont restées sans écho et n'ont jamais eu l'ensemble, l'intensité et la persistance qu'une opposition basée sur des répugnances sérieuses et sur l'opinion de la majorité du corps médical, aurait inévitablement montrées.

Il est heureux qu'on puisse compter sur l'abnégation des médecins, car, pour que la loi ne reste pas à l'état de lettre morte, il faut qu'elle soit acceptée par eux, et qu'ils s'y conforment de bonne grâce, par conviction et non par contrainte. S'ils y répugnaient, les pénalités de la loi, quelque sévères qu'elles soient, seraient impuissantes, d'abord parce qu'il serait toujours facile de les éluder à l'aide d'une de ces qualifications ambiguës qui servent à déguiser les maladies qu'on ne veut pas nommer, ou bien en se retranchant derrière une erreur de diagnostic, toujours possible et toujours excusable. Le corps médical a prouvé maintes fois qu'on ne pouvait pas violenter ses convictions en matière de déclaration, et, sans invoquer les exemples célèbres qui sont gravés dans le souvenir de tout le monde, je rappellerai que dans le temps où on voulait contraindre les médecins à déposer dans les affaires de duel, il se sont toujours retranchés derrière le secret médical, et se sont laissé condamner plutôt que d'y manquer. Il n'y avait cependant en cause que le devoir professionnel, tandis que dans le cas de la loi actuelle, c'est leur intérêt qui sera en jeu, comme je le montrerai tout à l'heure.

Nous qui n'exerçons pas et qui nous occupons surtout d'hygiène, nous ne pouvons pas voir les choses du même œil que les médecins praticiens. C'est l'intérêt général qui nous guide, tandis que nos confrères envisagent d'abord l'intérêt de leur client, intérêt sacré comme le premier, mais moins

abstrait, plus direct, et dont ils ont personnellement charge, tandis que l'autre est commun à tous les membres de la société.

En présence de la loi qui a été votée par la Chambre, ils se demandent quelles pourront être, pour eux et leurs clients les conséquences de la déclaration qui leur est demandée. S'ils sont convaincus qu'il ne s'agit que d'éclairer l'administration pour lui permettre de prendre des mesures générales, de mettre des moyens d'isolement et de désinfection à la disposition des familles, de faire assainir les locaux contaminés, ils n'hésiteront pas à se conformer à la loi; s'il peut en résulter des mesures vexatoires pour leurs clients, ils y regarderont à deux fois et tâcheront de l'esquiver; mais, s'il advenait qu'un malade fût, par suite de la déclaration de son médecin, enlevé à sa famille, transporté malgré lui dans un hôpital et qu'il vint à y mourir, comme dans l'exemple cité par le docteur Lereboullet, dans la *Gazette hebdomadaire*, le confrère auquel il serait arrivé un pareil malheur n'aurait plus qu'à quitter le pays, parce qu'il se verrait abandonné de tous ses clients. Plutôt que de s'exposer à un pareil danger, les médecins préféreraient courir les chances d'une poursuite dans laquelle ils seraient soutenus par l'opinion publique. Chez nous le rôle de victime vaut toujours mieux que celui de dénonciateur.

Je sais qu'à l'étranger, dans les pays ou la déclaration est obligatoire, la loi fonctionne sans difficulté; il en est toutefois comme la Hollande, où elle est tombée en désuétude, parce qu'on a reconnu l'impossibilité de l'appliquer; mais, en admettant qu'elle réussisse partout, nous ne ressemblons pas aux autres pays. Il existe en France un esprit d'opposition, de résistance à l'autorité qui tient moins à notre tempérament national qu'à notre passé politique et avec lequel on est forcé de compter. Il faudra donc et c'est là que je voulais en venir, apporter dans l'application de la loi, une grande prudence et beaucoup de ménagements, afin de dissiper les défiances des médecins et de préparer l'opinion publique à des mesures auxquelles elle n'est pas habituée. L'éducation des populations est à faire à cet égard. Elles n'ont pas encore compris les exigences de la solidarité sociale et la nécessité de sacrifier parfois son intérêt particulier aux intérêts de tous. Il faut les amener à comprendre que la sécurité de l'individu est une conséquence de la sécurité générale et que si l'on ne veut pas être empoisonné par les autres, il faut commencer par ne pas les empoisonner soi-même.

Il est encore indispensable, pour que la loi puisse produire un effet utile, de créer dans toutes les villes des moyens de désinfection et des locaux pour l'isolement des malades contagieux. Il ne faut pas que le fait cité par le docteur Lereboullet se renouvelle. La création de maisons de santé spéciales comme en Angleterre, ou celle de salles payantes et convenablement installées dans les hôpitaux, pour recevoir les malades qui ne peuvent être traités chez eux, s'impose comme la condition expresse du bon fonctionnement de la loi sanitaire.

Pour habituer l'opinion à cette exigence nouvelle et pour faciliter la tâche des médecins, il eût été bon à mon avis de réduire, pour commencer, au strict minimum, la liste des maladies soumises à la déclaration. Cela était d'autant moins compromettant que cette liste peut être revisée à volonté. Il suffit, pour y ajouter de nouveaux noms, d'un arrêté ministériel,

après avis préalable du Comité consultatif d'hygiène et de l'Académie de médecine. On a fait tout le contraire. Le Comité consultatif avait dressé une liste de treize noms; on y voyait figurer la coqueluche! La section d'hygiène, tout en modifiant quelque peu la nomenclature a, conservé ce nombre fatidique. L'Académie l'a réduit à douze, en supprimant la rougeole. J'estime que c'est encore trop. A mon sens, il aurait fallu s'en tenir d'une manière ferme aux conditions si bien posées par M. Vallin et pour commencer, on aurait pu se borner à inscrire sur la liste : le *choléra, la variole, la scarlatine, la diphtérie et la fièvre typhoïde*. La peste qui depuis 173 ans n'a pas paru sur le sol français pouvait encore attendre; la fièvre jaune qui n'a jamais pu s'y implanter est dans le même cas; la dysenterie ne se voit à l'état épidémique que dans les casernes et les corps de troupe, elle ne concerne donc que les médecins militaires. Quant aux autres, elles ne sont véritablement pas, pour la santé publique, une menace suffisante pour les faire mettre au rang des grands fléaux populaires et pour justifier des mesures d'exception. Il aurait été facile d'ailleurs de les joindre à la liste, lorsque la loi, par un fonctionnement régulier et facile, aurait fait ses preuves, dissipé les appréhensions et rassuré les esprits.

En résumé, la loi sanitaire a été votée par la Chambre des députés et le sera évidemment par le Sénat. Elle était considérée comme nécessaire et réclamée par la majorité des hygiénistes aux instances desquels les pouvoirs publics n'ont fait que céder. C'est donc un devoir pour le corps médical de l'accepter sans arrière-pensée et de s'y conformer loyalement; mais c'est une obligation tout aussi étroite pour l'administration que de faciliter sa tâche, en apportant dans l'application de ces mesures nouvelles les ménagements nécessaires pour qu'elles ne paraissent jamais ni vexatoires ni tyranniques.

Jules Rochard.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

MÉDECINE

Conduite du médecin dans un mariage consanguin. — Dans une revue générale publiée par la *Gazette des Hôpitaux*, M. le docteur Félix Renault, ancien interne des hôpitaux de Paris, traite de la consanguinité au point de vue médical.

Après avoir exposé l'historique de la question de consanguinité et examiné les maladies spéciales (surdi-mutité, rétinite pigmentaire, rachitisme, phtisie, hydrocéphalie, scrofule, ictyose, voire même la lèpre) qu'on l'accuse de provoquer, après avoir fait ressortir l'influence du milieu sur les tares héréditaires et la nécessité de tenir compte de ce dernier facteur, il conclut comme suit : « Le médecin appelé à donner son avis sur une union consanguine doit d'abord procéder à un examen minutieux des deux futurs, les questionner sur les maladies qu'ils ont eues, rechercher surtout les antécédents héréditaires. Il ne doit pas perdre de vue que la moindre tare se répercute d'une façon terrible sur les enfants ; la preuve en a été faite expérimentalement en zootechnie pour l'albinisme et l'obésité : des lapins ayant une petite tache blanche donnent des albinos par la reproduction en consanguinité. Des observations en ce sens abondent en médecine.

« En second lieu, il doit rechercher si les futurs conjoints ont été élevés ensemble, car un milieu identique peut donner les mêmes prédispositions morbides qui se manifesteront chez les enfants. En Amérique du Nord, les Indiens ne peuvent se marier avec les femmes habitant la même puebla (maison commune). De même, en Australie, l'homme doit chercher femme en dehors de sa tribu, mais il peut épouser ses proches parentes, si elles sont d'une autre tribu. On pourrait aisément multiplier les exemples pour prouver « qu'à milieu sain, habitants sains. »

« Enfin, le médecin ne donnera un avis favorable pour un mariage consanguin que si les familles sont sans tares et si les conjoints n'ont pas été élevés sous le même toit, sinon il préviendra les parents de la possibilité d'un mauvais résultat. »

Des effets physiologiques du bromhydrate de scopolamine.— La scopolamine ralentit le pouls. A doses un peu fortes elle produit un ralentissement initial, suivi d'une accélération passagère, à laquelle fait suite un nouveau ralentissement. En excitant le centre vaso-moteur, elle produit une élévation de la pression intra-vasculaire, sauf chez les vieillards et les malades affectés d'une lésion aortique.

Elle n'exerce aucune influence appréciable sur la respiration et les muscles striés. Par contre, elle produit une diminution des secrétions salivaire et sudorale, ce qui autorise à l'employer contre la sialorrhée et la sudorrhée profuse.

Elle diminue l'excitabilité cérébrale, contrairement à l'atropine.

Elle agit comme calmant et comme narcotique, surtout chez les déments agités, quand on l'administre à la dose de 1/4 à 1 milligramme ; l'accoutumance se produit au bout de quelque temps. Son emploi est contre-indiqué chez les brightiques, chez les vieillards et chez les sujets cachectiques.

Elle possède une action mydriatique quatre ou cinq fois plus prononcée que l'atropine ; aussi est-elle appelée à rendre de grands services dans la pratique oculistique.

Elle s'élimine par la voie rénale. (*Gazette médicale*, de Liège.)

Le pouvoir bactéricide du mucus nasal, par Wirtz et Lermoyer. — Les cavités naturelles sont les seuls points du corps où l'on trouve à l'état normal des microbes. Ils y vivent habituellement à l'état d'hôtes inoffensifs ; mais, à un moment donné, soit que leur virulence s'exalte, soit que la résistance que nous leur opposons faiblisse, ils sont capables de devenir des agents pathogènes et de créer l'état de maladie.

Le nez, en particulier, est un gardien vigilant placé à l'entrée des voies respiratoires, il protège les oreilles, la gorge et les bronches. Voici comment il agit : 1° il réchauffe l'air inspiré ; 2° il humidifie cet air ; 3° il arrête les poussières qu'il renferme. La poussière de charbon est arrêtée dans le nez sans pénétrer dans le larynx, comme le montrent les expériences chez les animaux. On attribue à la sécrétion de la pituitaire un rôle important dans cette action protectrice. Le mucus arrêterait les poussières de l'air par sa viscosité, mais bien plus, il serait d'après Claisse, capable de diluer les produits de sécrétions des microbes qu'il arrête et de les rendre inoffensifs. Ou bien, avec Carnet, on peut croire que le mucus forme un vernis qui s'oppose à la pénétration des microbes dans les ulcérations de la muqueuse. En résumé, le mucus nasal protège les voies aériennes, contre les invasions microbiennes, sans cesse en imminence.

Si les microbes sont retenus dans le nez, y demeurent-ils inoffensifs ?

L'observation journalière montre qu'ils sont rarement nuisibles. D'où cela vient-il ? Malgré le grand nombre de microbes renfermés dans les fosses nasales, les opérations innombrables pratiquées sur les régions depuis quelques années sont très rarement suivies d'accidents. Une seule explication s'impose : les microbes retenus en grand nombre dans le nez y sont détruits ou rendus inoffensifs par le mucus nasal.

Le mucus nasal ne contient pas de microbes. Nos auteurs W. et L. ont étudié le pouvoir bactéricide de ce mucus sur la bactéridie charbonneuse. Il résulte des expériences que le mucus nasal possède, sur le B. anthracis, un pouvoir bactéricide considérable.

De ces études, on peut conclure au pouvoir bactéricide en général du mucus nasal. Mais W. et L. reprendront la question en détail afin de fournir des données réellement scientifiques. (*Journal des Sciences médicales de Lille.*)

L'acide borique dans la fièvre typhoïde, par L. Tortchinsky. — Tortchinsky a employé l'acide borique dans 240 cas de fièvre typhoïde durant une épidémie. Les résultats furent, d'après lui, excellents ; seulement 9 malades moururent et ces 9 malades succombèrent pendant la période de convalescence, parce qu'ils se levèrent trop tôt ou commirent des erreurs de diète.

Les 231 malades restants firent une rapide et complète convalescence.

Dans tous les cas, il donna d'abord aux malades 8 à 16 grammes d'huile de ricin avec 5 à 10 gouttes d'essence de térébenthine.

De suite après que ces substances avaient agi, il commençait l'administration de l'acide borique, il donnait ce remède à l'intérieur soit en poudre, soit en solution à des doses allant de 75 centigrammes à 1 gramme pour un adulte, de 18 à 75 centigrammes pour les enfants, trois à quatre fois par jour.

Quand il y avait de la bronchite, il combinait l'acide borique avec des expectorants et de l'acide chlorhydrique.

En règle générale, au bout de trois à cinq jours la fièvre et la diarrhée subissaient une diminution notable, la tympanite disparaissait et les selles perdaient leur odeur et devenaient d'apparence normale, l'urine devenait abondante et normale sous tous les rapports, la langue et la peau devenaient humide, l'état subjectif bon.

Aussitôt que l'amélioration est nettement marquée, on cesse de donner l'acide et on donne des toniques. Sous l'influence du traitement, la maladie suit un bon cours, sa durée est d'abord diminuée et les complications sont très rares.

Les effets les plus marqués du traitement furent obtenus avec les cas traités au début de l'affection.

L. Tortchinsky, a trouvé que les effets du traitement à l'acide borique pouvaient être augmentés en les combinant avec de faibles doses(de 8 milligrammes à 3 centigrammes) d'antifébrine, de quinine, de naphtaline ou de salol.

Le mélange avec la quinine est surtout utile dans les derniers stades de la fièvre typhoïde, quand il y a de l'ataxie, du délire et d'autres symptômes cérébraux; elle est aussi utile dans les cas de rechute.

Il n'a jamais observé aucun effet nuisible de l'acide borique. L'auteur arrive à la conclusion que cette méthode est la meilleur marché, la plus simple et la plus efficace de toutes les méthodes connues. Il a également obtenu des résultats satisfaisants de cet acide dans la diarrhée d'été des enfants (*Gazette hebdomadaire de Bordeaux*).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 octobre

Sur les mouvements de la surface du cœur

(Note de M. Potain)

L'étude des mouvements de la surface du cœur semblait n'avoir plus aucun intérêt, depuis que les méthodes de Chauveau et Marey avaient permis d'explorer les fonctions de cet organe dans ses cavités mêmes. L'auteur a été conduit cependant à reprendre

cette étude, pour en obtenir l'interprétation des bruits cardiopulmonaires que la clinique lui avait fait connaître ; bruits qui résultent des mouvements communiqués au poumon par le cœur, et des phénomènes inspiratoires localisés que ces mouvements produisent.

Les mouvements de la surface du cœur ont été explorés, avec le concours du Dr François-Frank, sur un animal à poitrine ouverte, à l'aide d'un dispositif instrumental particulier imaginé par l'auteur et qui a permis de recueillir à la fois, dans chacun des points de la surface, les déplacements qui ont lieu suivant chacune des directions de l'espace.

Les éléments ainsi obtenus ont servi à déterminer, à l'aide d'une construction spéciale mise sous les yeux de l'Académie, la trajectoire exacte du mouvement pour chacun des points explorés. Ces trajectoires, divisées en dixièmes de révolution et reportées sur une coupe de la surface du cœur supposée faite suivant un plan perpendiculaire à l'axe, montrent non seulement l'amplitude et la direction du mouvement, mais aussi sa vitesse, qui se trouve indiquée à chacun des moments de la course par l'écart variable, des points qui marquent les dixièmes.

Le mouvement longitudinal qui se produit suivant le plan parallèle à la surface a été négligé pour cette double raison : qu'il a relativement très peu d'amplitude, et que, étant parallèle à la surface, il ne produit qu'une sorte de glissement sans influence possible sur les bruits anormaux dont l'interprétation a été le sujet principal de ces recherches.

Ces trajectoires ont été déterminées en cinq points différents de la surface des ventricules : au niveau de la partie la plus élevée de l'infundibulum, du ventricule droit; à la partie moyenne de la face antérieure du ventricule gauche; et à la base du ventricule droit; à la pointe. Le mouvement général qn'elles indiquent est, pendant la systole, un retrait rapide de la surface et une translation non moins rapide vers la droite ; c'est-à-dire le mouvement de torsion tant de fois indiqué.

La pointe fait exception, en ce sens que le retrait se produit seulement à la fin de la systole. Elle n'éprouve pas de projection, comme on l'a dit; mais elle garde son niveau, pendant que le reste de la paroi se déprime. Au début de la diastole, toute la paroi s'affaisse soudain, en raison de sa flaccidité subite; puis elle se relève, lentement d'abord, sous l'influence de l'afflux progressif du sang dans les cavités; rapidement ensuite, quand vient la systole de l'oreillette.

Si l'on compare les caractères de ces trajectoires avec ceux des souffles anorganiques qu'on entend chez l'homme et souvent aussi chez les animaux, on trouve :

1° Que leur amplitude est prédominante là précisément où ces bruits se font le plus souvent entendre et avec le plus d'intensité, c'est-à-dire au-devant de l'infundibulum et de la face antérieure du ventricule gauche;

2° Que leur direction est, dans ces points-là, particulèrement propre à produire sur le poumon une aspiration vive pendant la systole, attendu qu'elle est exactement normale au plan de sa face profonde; tandis que, dans les points où des bruits de ce genre ne se produisent habituellement pas, elle lui est presque parallèle et ne détermine guère qu'une sorte de glissement;

3° Que le rythme du bruit est lui-même en rapport avec les variations de la vitesse du mouvement. Là où le bruit est sensiblement continu, le mouvement systolique est de vitesse égale ; au-devant du ventricule gauche au contraire, où le bruit est presque toujours méso-systolique, c'est-à-dire où il n'occupe que la partie moyenne de la systole, la partie moyenne du mouvement seule est rapide et capable de produire le souffle, la première et la dernière sont lentes et aphones.

Enfin à la pointe, où l'on entend surtout deux sortes de souffles, les uns en dedans,

les autres en dehors d'elle, les premiers, qu'on entend en général seulement à la fin de la systole, sont en rapport avec le retrait rapide qui, en cet endroit, a lieu seulement en ce moment ; les autres, qui sont exactement systoliques, résultent d'un mouvement de translation rapide vers la droite, qui fait le vide à gauche et qui est lui-même exactement synchrone avec la systole.

L'accord précis et rigoureux jusque dans ses moindres détails que ces recherches ont établi, entre les mouvements extérieurs du cœur et les bruits anorganiques qui les accompagnent, ne laisse plus aucun doute sur le mécanisme de ces derniers, mécanisme que les observations cliniques avaient permis à l'auteur de préciser déjà. L'application à la clinique des merveilleuses méthodes de Marey donne ainsi la solution définitive d'un problème singulièrement obscur et difficile apparemment, puisqu'il avait provoqué les interprétations les plus discordantes, après avoir désespéré l'auteur même de l'auscultation.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 novembre 1893. — Présidence de M. Fernet.

Péritonite tuberculeuse ; guérison sans intervention chirurgicale

M. Millard, à propos des cas de guérison spontanée de la péritonite tuberculeuse, cités dans la dernière séance, présente à la Société une jeune fille de 19 ans qui a été guérie, elle aussi, d'une péritonite tuberculeuse, simplement par des applications répétées de collodion sur toute la surface de l'abdomen. Ce traitement a été fait à la Charité, dans le service de M. le professeur Potain. Actuellement le ventre est souple et ne présente pas cette résistance particulière que Grisolle avait si bien décrite.

Cependant on sent par la palpation plusieurs indurations disséminées dans l'abdomen et surtout une bande indurée allongée transversalement dans l'hypochondre gauche et l'épigastre, large de plusieurs doigts. L'exploration ne provoque pas la moindre douleur. Le foie et la rate paraissent normaux. Du côté de la poitrine on trouve à la base droite quelques frottements pleuraux ; rien aux sommets. L'état général de la malade est satisfaisant, bien qu'elle soit encore un peu faible et anémiée ; elle a augmenté de poids. M. Millard lui a prescrit l'huile de foie de morue et le vin de quinquina.

M. Comby présente deux observations de guérison spontanée de péritonite tuberculeuse que nous donnerons *in extenso* dans le prochain numéro.

M. Siredey a observé autrefois une femme atteinte de péritonite tuberculeuse avec ascite très abondante ; il se fit chez elle une perforation ombilicale par laquelle le liquide se vida. Six semaines après la guérison était complète, l'abdomen avait recouvré toute sa souplesse, l'état général était bon, et il n'y avait pas — ce que l'on avait craint — de fistule ombilicale.

Actinomycose thoracique

M. Netter présente une malade qui n'offre actuellement qu'un peu d'affaiblissement de la sonorité et du murmure vésiculaire à la base gauche, avec quelques frottements. Au niveau de la douzième côte on voit, en outre, une légère cicatrice encore violacée. Cette femme a été cependant atteinte d'une affection extrêmement grave, d'une actinomycose thoracique, dont elle a guéri sans intervention chirurgicale, par un simple traitement ioduré.

C'est une femme de 37 ans, petite, chétive, à l'aspect vaguement myxœdémateux, tel que le présentent assez souvent les sujets originaires des régions élevées de la Savoie, son pays natal. Cependant sa santé avait été bonne jusqu'en 1891, époque où elle eut une péritonite grave et une phlegmatia alba dolens à la suite d'une couche. Elle s'était

bien rétablie, et c'est au milieu d'une santé parfaite qu'elle fut prise d'une pleurésie gauche séro-fibrineuse pour laquelle elle entra à Lariboisière le 28 août dernier. M. Netter pensa d'abord qu'il s'agissait d'une pleurésie banale et lui prescrivit du salicylate de soude à la dose de 3 grammes par jour.

L'épanchement diminua un peu les jours suivants, puis resta stationnaire, tandis que l'état général s'aggravait rapidement. Bientôt apparut un peu d'œdème du thorax du côté de la pleurésie ; une ponction exploratrice montra, comme l'avait fait une ponction précédente, que l'épanchement était purement séro-fibrineux. Les autres organes étaient sains, les urines normales.

L'œdème de la paroi thoracique atteignait les dimensions de la paume de la main ; il devint dur et une nodosité apparut à son centre, au niveau de l'extrémité antérieure de la 12e côte. Cette nodosité devint fluctuante. On l'incisa et il en sortit une très petite quantité de pus : la surface de la côte ne paraissait pas dénudée. Il se fit un petit trajet fistuleux à ce niveau donnant de très petites quantités de pus. Autour de la fistule l'œdème était dur et profond ; à la périphérie on trouvait une zône d'œdème mou.

M. Netter pensa alors à l'actinomycose. Le 26 septembre dernier l'examen du pus de la fistule confirmait cette hypothèse ; le pus sorti ce jour-là de la fistule renfermait des grains de couleur jaune soufre caractéristiques. Au microscope on voyait nettement les renflements piriformes de l'actinomyces et par la méthode de Gram on mettait son mycelium en évidence.

Il s'agissait donc bien d'un cas d'actinomycose thoracique avec infiltration du tissu cellulaire sous-cutané.

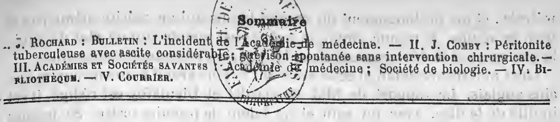
Cette actinomycose devait avoir son point de départ dans le médiastin ; le parasite avait sans aucun doute pénétré par le pharynx et l'œsophage ; il n'avait pas suivi les voies respiratoires, puisque la malade ne crachait guère et que dans les produits expectorés jamais on ne trouva d'actinomyces ; de plus, si la maladie avait débuté par le poumon, le champignon, pour arriver à la paroi, aurait envahi d'abord la plèvre et aurait très probablement déterminé un épanchement purulent ; enfin il n'y avait eu aucun signe pulmonaire antérieur à la pleurésie.

M. Netter montra sa malade à M. Peyrot qui pensa qu'il n'y avait pas lieu d'intervenir chirurgicalement. On connaît en effet des cas d'actinomycose terminés par la mort malgré les opérations les plus radicales.

M. Netter pensa alors à l'iodure de potassium qui, comme Thomassen et Nocard l'ont démontré, est efficace dans l'actinomycose des bovidés. Ce médicament fut donc prescrit tout d'abord à la dose de 6 grammes par jour, puis en diminuant. L'effet fut présque instantané. Dès le deuxième jour, l'état général s'améliorait, tandis que l'induration diminuait, et que l'œdème disparaissait ; l'épanchement pleural ne sembla pas tout d'abord se modifier, mais au bout de vingt jours de traitement, très rapidement le liquide diminua et disparut. La malade peut être considérée aujourd'hui comme guérie.

M. Netter avait déjà examiné du pus actinomycotique provenant d'une malade de M. Debove. Il avait de plus observé en 1891 un malade atteint d'actinomycose thoracique chez lequel le diagnostic n'avait été fait qu'à l'autopsie ; ce malade était entré pour une pleurésie ; dans ce dernier cas l'actinomyces avait d'abord envahi le tissu prévertébral ; on trouvait une cavité purulente allant de la quatrième à la dixième vertèbre dorsale, avec usure très superficielle des vertèbres et disparition de deux disques intervétébraux; le pus contenait une grande quantité de grains jaunes. A la partie gauche de l'œsophage on trouvait un petit orifice fistuleux, qui indiquait clairement la voie suivie par le parasite.

N° 54 L'UNION MÉDICALE Jeudi 9 Novembre 1893



Sommaire

BULLETIN

—

L'incident de l'Académie de médecine

Il s'est produit, avant-hier, à l'Académie de médecine, un incident qui y a causé une assez vive émotion, parce qu'il était sans précédent.

Les journaux du matin avaient annoncé que l'Académie devait recevoir, ce jour-là, communication officielle du rapport de MM. Brouardel et Dieulafoy, sur l'état de santé de Cornélius Herz, et l'assistance était plus nombreuse que de coutume. On en causait avant la séance, et quelques membres de l'Académie s'étonnaient d'une communication dont le caractère scientifique leur échappait et qui ne paraissait pas suivre la voie régulière. On attendait toutefois les explications du président avant de protester. Lors qu'après la lecture du procès-verbal et les présentations d'ouvrages, on a vu M. Deulafoy monter à la tribune et commencer à lire le rapport annoncé, quelques protestations se sont alors fait entendre. L'orateur, après avoir consulté le président, a commencé sa lecture ; mais les interruptions sont devenues assez nombreuses pour qu'il ait été forcé de s'arrêter.

M. Brouardel s'est alors avancé pour donner à l'Académie les explications qu'elle demandait. Il l'a fait en termes très précis ; mais les murmures n'en ont pas moins continué et devant cette opposition, il a déclaré que M. Dieulafoy et lui retiraient leur rapport et qu'ils allaient le livrer à la presse.

Ils ont tenu parole et deux heures après nous avons pu lire, dans le journal le *Temps*, le récit de l'incident qui s'est produit à l'Académie et le texte même du document qui y avait donné lieu. Nous avons appris par là le changement merveilleux qui s'est produit dans la santé de Cornélius Herz, depuis le 23 juin, époque à laquelle il a reçu la visite de MM. Charcot et Brouardel. Il était alors, aux termes de leur rapport, atteint de diabète sucré avec phosphaturie, azoturie et albuminurie. L'amaigrissement était considérable, la disparition des forces était telle que, pendant l'examen des médecins français, il fut pris d'angoisse et de sueurs froides avec tendance à la syncope. L'intolérance stomacale était si complète, que les médecins anglais avaient été contraints de recourir à l'alimentation par la voie rectale.

Une transformation complète s'est opérée depuis cette époque. Le malade, dit le nouveau rapport, n'est plus l'homme anémié, et amaigri du mois de juin, l'homme tombant d'inanition et de faiblesse; il a bonne mine, il est solidement musclé, il a engraissé, la voix est forte et bien timbrée, le pouls de bonne qualité. Le sucre a beaucoup diminué, l'albumine a disparu, l'alimentation est solide et substantielle; il n'y a pas d'hypertrophie cardiaque et le choc systolique est normal. C'est à peine si on perçoit à l'auscultation un très léger bruit de souffle au premier temps, à la région

mitrale, et un prolongement du second temps qui ne mérite même pas le nom de souffle de retour. Enfin, le malade est maintenant en état de subir le transport et le déplacement considérés jusqu'ici comme impossible.

C'est une résurrection et cette cure fait le plus grand honneur aux médecins anglais. Le rapport de MM. Brouardel et Dieulafoy est rédigé, il est inutile de le dire, avec un soin et un talent de premier ordre. Sa lecture nous a vivement intéréssé, mais nous comprenons que l'Académie de médecine se soit privée du plaisir de l'entendre. Elle ne pouvait, en effet, ni recevoir une communication de cette importance sans en dire son avis, ni exprimer une opinion sur le compte d'un malade qu'elle n'avait pas vu, ni se livrer à la dicussion de faits allégués par deux de ses membres, dans une affaire très délicate et qui passionne fortement l'opinion.

Péritonite tuberculeuse avec ascite considérable. — Guérison spontanée, sans intervention chirurgicale

Par le docteur Jules Comby, médecin des hôpitaux

On a cité, dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, des cas de péritonite tuberculeuse guéris sans intervention chirurgicale, par des moyens anodins, et en quelque sorte spontanément. Je demande la permission d'en citer deux autres exemples.

Le 20 février 1888, une petite fille âgée de neuf ans, la jeune M... Louise, se présente pour la première fois au Dispensaire de la Société philanthropique, à La Villette. Cette enfant est pâle, très anémique.

Après avoir souffert beaucoup dans la première enfance, cette fillette n'a marché qu'à trois ans et demi, et a gardé depuis cette époque le ventre gros, souple et indolore, qu'on observe si fréquemment chez les rachitiques.

Depuis quelque temps le ventre a pris un développement insolite, au point de gêner la respiration et d'entraver la marche.

Après avoir fait déshabiller l'enfant, je me trouve en présence d'un abdomen hémisphérique, globuleux, tendu, fluctuant avec mobilité du liquide.

La circulation collatérale est peu développée. Quoique l'ascite soit très abondante, on peut constater que la rate est assez grosse et que le foie dépasse les fausses côtes. L'exploration de ces viscères, la palpation du ventre ne causent à l'enfant aucune sensation douloureuse. L'appétit est très diminué, les chairs sont molles et amaigries, la pâleur est grande, l'état général est mauvais.

Cependant, la malade ne tousse pas, l'auscultation de la poitrine est négative ; il n'y a rien au cœur, rien dans les urines.

Je prescris un purgatif (50 centigrammes de scammonée), le régime lacté et les bains sulfureux.

Le 27 février, je ne constate aucune amélioration.

Le 2 mars, je donne un nouveau purgatif, et je fais prendre 2 centigr. de calomel tous les jours. Je pensais alors à une forme de cirrhose hépatique.

Le 12 mars, l'enfant se dégoûte du lait, et comme son état semblait inquiétant, on la conduit à l'hôpital Trousseau.

Le chef de service, au dire de la mère de l'enfant, fit le diagnostic de péritonite tuberculeuse. J'avoue que j'inclinais vers ce diagnostic, tout en ne trouvant ni douleur, ni gâteaux membraneux à l'exploration de l'abdomen.

Il m'avait semblé un moment reconnaître, chez cette petite malade, les principaux traits de cette forme d'hépatite chronique tuberculeuse, bien étudiée chez les enfants par notre collègue M. Hutinel.

Après un court séjour à l'hôpital Trousseau, l'enfant sort dans le même état, cesse tout traitement et reste longtemps sans venir me voir.

Le 20 mars 1889, après une absence de plus d'un an, elle se décide enfin à revenir au Dispensaire.

A ce moment, j'ai peine à la reconnaître, tant elle est changée. Son ascite a complètement disparu, son foie et sa rate ont retrouvé leur volume normal.

Cependant elle reste pâle, et sa mère m'annonce qu'elle vient de perdre un petit garçon de dix-sept mois, de méningite tuberculeuse.

Le père lui-même est atteint de tuberculose pulmonaire, et il est soigné à l'hôpital Tenon pour cette maladie.

Je donne l'huile de foie de morue et les bains salés, que l'enfant vient prendre trois fois par semaine au dispensaire.

Le 9 août 1889, quatre mois après ce traitement reconfortant, je constate que la guérison s'est maintenue, que le ventre est souple, sonore, sans ascite ; mais la pâleur persiste.

Quoique le diagnostic n'ait pas été confirmé bactériologiquement ni expérimentalement, je n'hésite pas à considérer ce cas comme un exemple de péritonite tuberculeuse à forme ascitique, guérie spontanément. La méningite tuberculeuse du frère de la malade, la phtisie pulmonaire du père, confirmèrent d'ailleurs cette opinion.

Tuberculose pleuro-péritonéale. — Guérison spontanée sans intervention chirurgicale.

V... (Léonie), domestique, âgée de 21 ans, entre à l'hôpital Ténon le 23 février 1892.

Les antécédents héréditaires sont suspects : le père et la mère sont morts jeunes, elle ne sait de quelle maladie. Il y a un an, douleurs vagues dans le ventre avec constipation et alternatives de gonflement et de dépression.

Il y a six mois, la malade s'est aperçue que son ventre prenait un développement considérable et qu'elle était obligée de desserrer ses vêtements. Il y a un mois, elle s'est mise à tousser, à cracher, et elle a ressenti pendant plusieurs jours un point de côté à gauche

L'état général est peu satisfaisant, la maigreur est très prononcée, il y a de la fièvre et des sueurs nocturnes. La température oscille entre 38° et 39°, avec des rémissions matinales constantes.

L'examen de la poitrine révèle les signes suivants : à droite, rien d'anormal ; à gauche, matité remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate, suppression du murmure vésiculaire dans la moitié inférieure du thorax ; au-dessus de cette zone mate et silencieuse, on entend les râles crépitants, secs, qui semblent être des frottements pleuraux. Pas de souffle, pas d'apoplexie.

L'examen des sommets des poumons ne donne pas de signes anormaux. Le ventre est ballonné et douloureux, quoique l'appétit soit passable, et les digestions assez bonnes, avec selles régulières. Il y a un épanchement ascitique assez considérable, sans développement de la circulation collatérale.

Le foie ne semble pas augmenté de volume.

Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, quoique la malade n'ait été soumise à aucune médication active, à aucune intervention chirurgicale, l'amélioration était telle qu'on pouvait la considérer comme guérie.

En effet, le 25 mars, voici le résultat de l'examen : l'épanchement péritonéal a complétement disparu, ainsi que les douleurs dont se plaignait la malade, il persiste seulement un peu de ballonnement du ventre ; la palpation ne permet pas de sentir aucune masse, aucun gâteau au-devant des anses intestinales ; du côté de la plèvre gauche, on constate la présence, à l'auscultation, de nombreux frottements pleuraux, la matité a beaucoup diminué et la respiration s'entend partout, le liquide paraît s'être résorbé complètement ; l'état général est très satisfaisant, l'appétit est bon et l'amaigrissement a été enrayé, la fièvre a cessé et le thermomètre, du 20 au 25 mars, n'a pas dépassé 37°.

Ce résultat inespéré a été obtenu par des moyens très simples : le repos absolu au lit, l'usage des badigeonnages de teinture d'iode sur le côté gauche de la poitrine et sur le ventre, des pilules de podophyle pour combattre la constipation, un régime fortifiant (viande crue, 250 grammes par jour, du lait en abondance, des pilules de créosote, 6 pilules de 10 centigrammes par jour).

Ce fait montre, comme l'avait indiqué déjà M. Fernet, que la tuberculose péritonéo-pleurale peut guérir spontanément et présente parfois une bénignité très remarquable.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 novembre 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

— M. Laborde communique de nouveaux faits de rappel à la vie par le procédé de la langue dans différents cas de mort apparente (asphyxie des nouveau-nés, chloroformisation, etc.)

Incident relatif à Cornélius Herz

M. le Président. — La parole est à M. Dieulafoy pour la lecture d'un rapport médico-légal sur l'état de Cornélius Herz.

M. Bouchardat. — En quoi cela intéresse-t-il l'Académie ?

M. le Président. — La parole est à M. Dieulafoy.

M. Bouchardat. — Alors, je m'en vais. (M. Bouchardat quitte la salle des séances.)

M. Dieulafoy. — Nous avons l'honneur, M. le professeur Brouardel et moi, de faire connaître à l'Académie de médecine le rapport qui nous a été demandé par M. le pré-

sident du conseil, concernant les résultats de la mission dont nous avons été chargés en vue de constater l'état de santé de Cornélius Herz.....

M. Besnier. — M. le Président, nous demandons pourquoi.....

M. Larrey. — Je demande la parole.

M. le Président. — Continuez, M. Dieulafoy; vous seul avez la parole en ce moment.

M. Dieulafoy. — En publiant ce rapport *in extenso* notre but est de nous opposer à toute légende, à tout malentendu qui pourrait être tenté de se substituer à la vérité!

Cette publicité, elle est, du reste, justifiée par l'exemple que nous ont donné nos très honorables confrères anglais qui, à plusieurs reprises, et tout récemment encore, dans le *British medical Journal*, ont discuté, avec les détails les plus circonstanciés, le diagnostic et le pronostic de la maladie de Cornélius Herz.

Ce qu'ont fait les médecins anglais, nous allons le faire également, et, entrant dans cette voie, nous plaçons le présent rapport sous le patronage de cette Académie de médecine, dépositaire des traditions d'honneur et de bonne foi scientifique.....

M. Larrey, se levant :

M. le Président, j'insiste pour avoir la parole.

M. le Président. — Puisque vous insistez, M. Larrey, je vous donne la parole.

M. Larrey. — Si je n'avais été retenu par la sympathie et l'estime profonde que j'éprouve pour nos deux éminents collègues, j'aurais demandé que M. Dieulafoy ne commençât pas la lecture de son rapport.

Devant le sentiment de la grande majorité de l'Académie, qui est aussi le mien, je tiens à déclarer que cette façon d'agir n'est pas régulière.

Je demande donc qu'il soit tout au moins sursis à cette lecture afin de prévenir de regrettables interprétations qui pourraient avoir, pour l'Académie, les conséquences les plus fâcheuses. (Applaudissements.)

M. Javal. — Je demande la parole.

M. le Président. — Je ne puis vous la donner.

Il s'agit, je le répète, d'une communication officielle, faite à la suite d'une mission officielle, confiée à deux de nos collègues. Il ne peut y avoir de discussion possible tant que cette communication n'aura pas été lue.

Je dois ajouter, d'ailleurs, que si cette lecture est faite, ce n'est pas seulement parce que votre président l'a autorisée. Le Conseil de l'Académie a été consulté, et c'est lui qui a décidé la lecture.

Continuez M. Dieulafoy.

(Nombreuses protestations sur divers bancs de l'Académie).

Voix diverses. — Il n'y a aucune raison pour qu'une communication soit faite à l'Académie.

M. Besnier. — A quel titre cela peut-il intéresser l'Académie et quel est le ministre qui nous fait faire cette communication ?

Je ne veux, du reste, pas insister; je crois qu'il est facile de voir que le sentiment de la généralité de l'Académie est hostile à cette lecture.

M. Brouardel. — Je rappellerai à l'Académie qu'elle a été instituée pour discuter les questions d'hygiène publique et de médecine légale. Or, précisément notre rapport touchant essentiellement à la médecine légale, M. le Président du Conseil a cru qu'il y avait un intérêt — et un intérêt d'ordre strictement médical — à ce que cette communication soit faite au grand jour. C'est pour cela que nous avons pensé — et nous continuons à penser — que l'Académie est tout à fait dans son rôle en écoutant et en discutant la question médico-légale que soulève la communication que vous fait M. Dieulafoy.

En ce qui concerne la question du secret professionnel, je dirai que si cette question a

pu nous arrêter lors de notre première mission auprès de Cornélius Herz, il ne saurait en être de même à l'heure actuelle. Dans notre premier rapport se trouvait une question de pronostic qui pouvait singulièrement troubler l'âme d'un malade, mais, depuis, sa situation s'est améliorée, et il n'y a plus d'inconvénient pour sa santé à parler. D'ailleurs, ce que nous faisons, nos confrères Anglais l'ont fait avant nous, et moi-même, j'ai vu le malade corrigeant des épreuves dans lesquelles se trouvaient des choses que nous n'avions pas voulu divulguer.

M. Guéniot. — M. le Président, cette lecture choque le sentiment d'un grand nombre des membres de l'Académie (approbation sur plusieurs bancs).

M. Besnier. — Si les Anglais ont eu tort, ce n'est pas une raison pour les imiter.

M. Brouardel. — Je ne veux pas insister parce que l'Académie est maîtresse de ses décisions, mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer que ce que les Anglais ont fait, d'autres le feront, et dans cette question, nous serons les seuls qui n'aurons pas voulu examiner loyalement, au grand jour, une question d'ordre essentiellement médical qui passionne l'opinion publique.

D'ailleurs, notre travail sera communiqué à la presse et le public sera juge.

(De nouvelles protestations s'étant élevées, M. Brouardel déclare, en son nom et au nom de M. Dieulafoy, qu'ils retirent leur rapport.)

De l'urétéro-cystonéostomie

Par le docteur Bazy, chirurgien des hôpitaux de Paris

Je désigne sous ce nom l'abouchement artificiel de l'urétère dans la vessie dans le cas de fistule urétéro-vaginale avec oblitération de l'urétère, c'est encore un moyen de traitement de l'hydronéphrose causée par le rétrécissement de l'extrémité vésicale de l'urétère.

Les fistules urétéro-vaginales consécutives au pincement de l'urétère et à son oblitération ont été traitées jusqu'ici par la néphrectomie.

M. Chaput a pu réussir une greffe de l'urétère dans le colon, mais c'est substituer à une infirmité une autre infirmité, moins pénible néanmoins ; c'est en outre faire un abouchement antiphysiologique et peut être dangereux pour l'avenir.

Il était indiqué de faire un abouchement physiologique, c'est-à-dire de tenter d'aboucher de nouveau l'urétère à la vessie en imitant ce que la nature a fait. C'est ce que j'ai réalisé au moyen d'une opération nouvelle qu'on pourrait appeler l'urétéro-cystonéostomie, pour se conformer aux habitudes du jour.

J'ai été amené à voir et à soigner une malade à laquelle on avait fait, trois mois auparavant (en avril) une hystérectomie vaginale pour fibrome. A la suite de l'opération elle a perdu l'urine par le vagin. Le diagnostic de fistule urétéro-vaginale s'imposait.

Passant sur les détails de l'opération, je dirai simplement que je lui ai fait la laparotomie, ai cherché l'extrémité inférieure de l'urétère que j'ai trouvé distendu ; elle était séparée de la vessie par un tissu cicatriciel de 1 centim. et demi à 2 centimètres de long.

Après ponction de l'urétère, je l'ai sectionné, j'ai incisé la vessie au voisinage et j'ai réuni les lèvres de l'incision urétérale à celles de l'incision vésicale par des sutures à la soie, j'ai suturé le péritoine par dessus, j'ai refermé le ventre après avoir mis une mèche aseptique.

A partir de l'opération la malade n'a pas perdu une goutte d'urine par le vagin.

L'urétère et la vessie ont reçu chacun une sonde à demeure en caoutchouc rouge qui est restée en place 5 jours.

L'examen cystoscopique pratiqué un mois après, nous a fait voir l'orifice urétéral sous la forme d'une fente dirigée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors (en sens inverse de l'orifice normal d une longeur de 1 centim. environ, et ayant la forme d'un fuseau, c'est-à-dire renflé au milieu.

En outre, le rein qui était manifestement augmenté de volume, c'est-à-dire hydronéphrotique avant l'opération avait repris son volume normal au moment où cet examen a été fait.

Il est donc possible en présence d'une infirmité aussi dégoutante qu'une fistule urinaire, de faire de la chirurgie réparatrice et conservatrice à la fois.

On peut fermer la fistule et conserver le rein.

Donc on peut :

1° Guérir une infirmité sans lui en substituer une autre ; 2° conserver le rein et tout en le conservant, rétablir son fonctionnement physiologique.

L'opération convient aux cas où ni l'urétère, ni le bassinet, ni les reins ne sont infectés : elle pourrait convenir aussi aux cas où ces conduits seraient infectés, car il serait peut-être possible de les désinfecter au moyen de la sonde urétérale. On restreindrait ainsi les indications de la néphrectomie dans ces cas.

Cette opération peut convenir à tous les cas d'hydronéphrose causée par une lésion accidentelle, chirurgicale ou primitive ayant amené l'oblitération avec fistule urétéro-muqueuse ou urétéro-cutanée ou bien le rétrécissement de l'extrémité vésicale de l'urétère.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 novembre 1893. — Présidence de M. CHAUVEAU

SOMMAIRE : M. Laveran : Pathogénie de la dysenterie. — M. Pillet : Les glandes de l'estomac. — M. Charrin : Expériences sur l'hérédité.

Des nombreux travaux qui ont été entrepris dans ces derniers temps n'ont pas encore permis d'établir nettement quelles sont les causes de la dysenterie. M. LAVERAN a surtout trouvé dans les villes le bacterium coli commune. Cependant il semble que, dans nos climats du moins, tous les microbes contenus dans l'intestin ont un rôle dans la pathogénie de la maladie. Les matières fécales qui renferment un grand nombre de microbes sont irritantes pour l'intestin ; ce dernier, à l'état normal, est protégé par son épithélium, les sécrétions, le mucus. L'arrêt des sécrétions, une altération du mucus peuvent être suivis d'un développement exagéré des micro-organismes, qui acquièrent une virulence plus grande. Le meilleur moyen de combattre la dysenterie est de provoquer la diarrhée par des purgatifs.

M. HAYEM a vu l'acide lactique réussir contre les diarrhées à bactérium coli, mais être inefficace dans la dysenterie des pays chauds.

* * *

M. PILLET a trouvé des glandes du cæcum dans l'estomac des poissons, des oiseaux, de l'homme même.

M. HAYEM n'a jamais trouvé les glandes du cæcum que dans les estomacs malades.

* * *

MM. CHARRIN et GLEY ont fait couvrir des lapines par des mâles fortement vaccinés par le bacille pyorganique. Le plus souvent la femelle reste stérile ou avorte. Quelquefois elle donne naissance à des petits réfractaires à l'injection pyorganique, mais en même temps atteints d'arrêts de développement des os. La mère est immunisée. Ces faits sont

une démonstration expérimentale du rôle du père dans l'hérédité de certaines affections, telles que la syphilis.

M. Charrin n'a pas examiné le sperme des animaux immunisés, mais il rappelle que les sécrétions d'animaux vaccinés ne renferment les germes de l'injection que pendant un temps assez court après la vaccination. L'animal conserve cependant l'immunité.

BIBLIOTHÈQUE

La pratique de l'asepsie et de l'antisepsie en chirurgie (1), par le docteur Schwartz, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Cochin.

Nous ne pouvons mieux faire, pour montrer l'utilité du volume que nous présentons au lecteur, que de reproduire la première phrase de la préface, où l'auteur nous dit que le but de ce livre est tout entier dans le titre qu'il lui a donné. M. Schwartz, en effet, s'est préoccupé avant tout de faire œuvre utile et il y a réussi. L'importance des idées qu'il défend n'est plus à démontrer, la conviction est faite dans l'esprit de tous les praticiens, seule la mise en œuvre de tous les moyens dont nous disposons aujourd'hui reste à être placée à la portée de tout le monde. Il faut montrer à chacun que stériliser des instruments et pratiquer une opération sans faire de fautes, n'est pas une chose difficile pour peu qu'on veuille bien s'en donner la peine; il faut prouver qu'aucun détail n'est à négliger, si on veut être sûr du succès; c'est ce que fait l'auteur dans tous les différents chapitres que nous allons tout à l'heure passer en revue. Etre clair, complet, sans parti pris était nécessaire. M. Schwartz l'est dans tous les différents points qu'il traite et nous l'en félicitons.

Après avoir exposé les infections chirurgicales et défini l'antisepsie et l'asepsie, l'auteur commence par étudier complètement tous les agents antiseptiques, y compris les plus récents, le lysol, la microcidine, l'acétate d'alumine, etc., puis il parle des agents de l'asepsie et, réunissant à bon droit *asepsie* et *antisepsie*, il en arrive à la technique de ces deux moyens combinés dans leurs différentes manifestations, soit qu'il s'agisse des instruments de l'opérateur ou de l'opéré. Comme lui, nous sommes de ceux qui croient que l'asepsie et l'antisepsie doivent se donner la main « pour le mieux des blessés et des opérés, que l'une pourra emporter sur l'autre suivant la nature de la lésion, le milieu, la santé générale; mais que toujours elles devront être associées autant qu'il se pourra.

Nous ne pouvons que mentionner tous les chapitres ayant trait à la stérilisation par la chaleur sèche, par l'eau bouillante, par la vapeur sous pression, à l'appropriation de ces différents moyens, à chaque matériel instrumental particulier ; nous ne ferons que citer tout ce qui se rapporte à la désinfection des mains, des aides, du champ opératoire, car il faudrait prendre chaque phrase l'une après l'autre et les copier; mais les questions d'asepsie et d'antisepsie préliminaires dans les différentes régions anatomiques (peau, œil, oreille, nez, cavité buccopharyngienne, appareil urinaire) nous ont vivement intéressé et portent l'empreinte d'un chirurgien qui parle en connaissance de causes.

La deuxième partie de l'ouvrage nous transporte au moment même de l'opération et tout d'abord nous y trouvons des faits vraiment originaux. Ce sont les différentes anes-

(1) 1 vol. in-18, J. Baillère et fils, 1893.

thésies par la cocaïne, par l'éther, le chlorethyle, les réfrigérants dans leurs rapports avec l'asepsie et l'antisepsie. On voit de suite l'importance que ces sujets peuvent avoir dans la réunion par première intention, de même que les procédés variés d'hémostase, le choix des aiguilles et les modes de suture, toutes questions qui sont passées en revue l'une après l'autre.

La chirurgie générale n'a pas été laissée de côté et le praticien trouvera dans le livre de M. Schwartz toutes les indications relatives à toutes les opérations chirurgicales. Qu'il s'agisse d'une kélotomie, d'une amputation, d'une laparotomie avec lavage de péritoine ou éviscération, d'une résection du rectum, d'une opération gynécologique ou portant sur l'appareil urinaire, aucun détail n'a été négligé et la simple lecture de quelques lignes vous remémore immédiatement les substances qu'il faut éviter, celles qu'il faut employer, les précautions qui doivent être prises. Il en est de même pour les opérations que l'on pratique sur les tissus infectés.

Les pansements occupent une grande place dans le sujet que nous analysons ; ils ont été exposés par l'auteur avec le plus grand soin dans la troisième partie de l'ouvrage, qui se termine par des chapitres dont le titre seul dira tout l'intérêt. C'est d'abord l'asepsie et l'antisepsie suivant les milieux (hôpital, ville campagne). Le médecin isolé, perdu loin des villes, y trouvera les vrais principes se manifestant sous la plume de M. Schwartz par cette phrase : « Un appareil à faire bouillir de l'eau ou une solution de soude au 1/100e pour stériliser du même coup ses instruments, ses tampons, ses fils à ligature permettra de procéder en toute sécurité à toutes les interventions de la pratique journalière ».

C'est ensuite l'asepsie et l'antisepsie suivant l'état du blessé et de l'opéré, puis suivant les régions et suivant les âges. Enfin, l'asepsie et l'antisepsie en chirurgie de guerre complète cet excellent livre et démontre son utilité pour tous ceux qui sont appelés à se servir d'un bistouri. EUGÈNE ROCHARD

ETUDE SUR LE DERMOGRAPHISME OU DERMONEVROSE TOXI-VASOMOTRICE,

par TOUSSAINT BARTHÉLEMY. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1893.

La jeune école dermatologique française issue de l'enseignement des Vidal, des Besnier, des Fournier se signale, depuis quelques années, par des travaux de premier ordre; tantôt ce sont de vastes ouvrages d'ensemble, tantôt des monographies où une question est étudiée dans les plus minutieux détails. Notre génération s'enorgueillit déjà à bon droit d'avoir vu éclore les traités de Brocq, les monographies de Le Loir ; j'estime que c'est une œuvre digne de celles-là qui vient de nous être apportée par M. Toussaint Barthélemy, ancien chef de clinique de l'hôpital Saint-Louis, médecin nommé au concours de Saint-Lazare.

Barthélemy définit le dermographisme : l'aptitude des téguments à conserver, très amplifiées et plus ou moins durables, les traces qui y sont faites. Cet état pathologique est l'exagération d'un état physiologique. Tandis qu'à l'état normal une pression intense et prolongée ne laisse qu'une trace passagère et non saillante, chez les sujets dermographiques, le simple contact d'un instrument mousse ou de l'ongle produit une impression persistante, intense et proéminente, plus ou moins colorée soit en rose, soit en blanc.

La sensibilité réactionnelle des vaso-moteurs est susceptible de très nombreux degrés, depuis l'*érythème émotif* des personnes impressionnables dont on découvre brusquement ou publiquement la poitrine, en passant par les *réflexes gastro-facial* (rougeur de la face pendant la digestion) et *gastro-cutané* (urticaire provoquée par l'ingestion de certains aliments) — PETIT ÉTAT DERMOGRAPHIQUE — jusqu'au GRAND ÉTAT DU DERMOGRAPHISME dans lequel les empreintes saillantes provoquées peuvent durer plusieurs heures.

C'est au grand état dermographique que Barthélemy applique la dénomination, peut-être un peu complexe, de *névro-toxi-dermite polychrome ortiée* ou *dermo-neurose toxi-vasomotrice*.

L'auteur a bien mis en lumière la double condition qui est nécessaire à la production de ce syndrome : d'une part, un *système nerveux spécialement susceptible*, impressionnable et impressionné, soit héréditairement, soit d'une manière acquise — cette impressionnabilité se voit plus particulièrement chez les arthritiques nerveux (névro-arthritiques) ; d'autre part, un *toxique* agissant, soit sur les vaso-moteurs périphériques (théorie cutanée), soit plutôt, suivant l'auteur, sur les centres vaso-moteurs de la moelle allongée (théorie bulbaire).

Nombreux sont les poisons minéraux, organiques, microbiens, capables de produire des névroses vaso-motrices tégumentaires plus ou moins durables. Dans tous les états pathologiques qui s'accompagnent de fermentations gastro-intestinales peuvent apparaître des accidents cutanés, soit par élimination cutanée des poisons formés dans l'estomac, soit par l'influence qu'exercent sur les centres vaso-moteurs les toxines fabriquées dans l'estomac. Barthélemy avait déjà vérifié les rapports indiqués par M. Bouchard entre la dilatation de l'estomac et l'acné ; c'est encore l'auto-intoxication périodique, plus ou moins répétée, qui dominerait la pathogénie de beaucoup de névroses vaso-motrices, et Barthélemy va jusqu'à émettre l'hypothèse de l'intoxication comme cause identique de l'hystérie, du dermographisme, de la séborrhée et de l'acné et, enfin, de l'arthritisme, communauté de pathogénie qui expliquerait l'association fréquente de ces divers états morbides.

En parcourant les chapitres, je signalerai comme tout à fait neufs et curieux les détails relatifs à l'existence du dermographisme et de l'hystérie chez les animaux, les expériences faites par l'auteur en collaboration avec Oudin, au sujet de l'influence des courants électriques de haute fréquence et tension sur les sujets dermographiques.

J'ai pris un plaisir particulier aux pages si érudites où Barthélemy rapproche et commente les faits qui éclairent l'histoire des stigmatisées, des possédées et des sorcières (dermatologie sacrée et diabolique). Les pièces justificatives (observations cliniques et notes historiques du plus vif intérêt), une bibliographie luxuriante et dix-sept planches hors texte forment les solides dessous et les ornements agréables du monument élevé au dermographisme par notre laborieux et aimé confrère.

P. LE GENDRE.

COURRIER

PHARMACIES MUNICIPALES. — Les pharmaciens de Roubaix peuvent fermer boutique. En effet, le conseil municipal a voté l'établissement à Roubaix d'une pharmacie municipale qui devra livrer les médicaments au prix de revient. Un crédit de 25,000 francs a été voté à cet effet ; l'employé chargé de la vente touchera 3,500 francs par an. C'est une singulière application du socialisme, mais nous en verrons sans doute bien d'autres.

(*France médicale.*)

— Par décision ministérielle en date du 30 octobre 1893, ont été nommés à l'emploi de professeur agrégé à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires, et affectés aux chaires d'enseignement ci-après indiquées :

Chirurgie d'armée : blessures de guerre : M. Ferraton, médecin-major de deuxième classe.

Maladies et épidémies des armées : M. Lemoine, médecin-major de deuxième classe.
Hygiène : M. Mauguat, médecin-major de deuxième classe.

Faculté de médecine de Paris (cours du semestre d'hiver) : *Cours d'anatomie.* — M. le professeur Farabeuf a commencé le cours d'anatomie le lundi 6 novembre 1893, à 4 heures (grand amphithéâtre), et continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Ordre des leçons : 1re partie. A. Couches musculo-aponévrotiques et vaisseaux du cou. — B. Artères, veines et nerfs du membre supérieur. — 2e partie. A. Artères, veines et nerfs du membre inférieur. — B. Vaisseaux des parois des viscères et du pelvis.

Cours d'histologie. — M. le professeur Mathias-Duval a commencé le cours d'histologie le mardi 7 novembre 1893, à 4 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours de physiologie. — M. le professeur Ch. Richet a commencé le cours de physiologie le mercredi 8 novembre 1893, à 5 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique le vendredi 10 novembre 1893, à 5 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis à 2 heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (2e étage).

Cours de pathologie interne. — M. le professeur Dieulafafoy commencera le cours de pathologie interne le jeudi 9 novembre 1893, à 3 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie expérimentale et comparée. — M. le professeur Straüs a commencé le cours de pathologie expérimentale et comparée le mercredi 8 novembre 1893, à 4 heures de l'après-midi, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (Ecole pratique, 1er étage).

Objet du du cours : La bactériologie dans ses applications à la médecine. — Principaux microbes pathogènes. — Maladies infectieuses communes à l'homme et aux animaux.

Clinique médicale. — M. le professeur Jacoud reprendra son cours de clinique médicale le samedi 11 novembre 1893, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de médecine légale pratique et conférences pratiques appliquées à la toxicologie. — Professeur : M. Brouardel. — I. Cours de mécine légale pratique à la Morgue : Le cours de médecine légale pratique a commencé à la Morgue le mercredi 8 novembre 1893, à 2 heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. — Ordre du cours : Les mercredis, M. le professeur Brouardel ; les vendredis, M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale ; les lundis, M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

II. — Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie. — Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf). Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 4 novembre 1893, les mardis, jeudis et samedis. Ordre du cours. — Les jeudis à 4 heures : M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale ; les mardis à 3 heures : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'ana-

tomie pathologique ; les samedis à 3 heures : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Cours de clinique des maladies des enfants : Professeur : M. Grancher.

M. Marfan, agrégé, chargé de cours, commencera ce cours le samedi 11 novembre 1893, à 4 heures de l'après-midi (hôpital des Enfants-Malades), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. M. Dejerine, agrégé de la Faculté, médecin de Bicêtre : conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, les jeudis à 4 heures ; première conférence le jeudi 16 novembre. M. Hermet : maladies des oreilles, les samedis à 10 heures. M. Cuvillier : maladies du nez, du pharynx et du larynx, les vendredis à 10 heures. M. Rouffinet : maladies des yeux, les jeudis à 10 heures.

Hôpital de la Charité. — Clinique chirurgicale, professeur : M. Tillaux. — M. le Professeur Tillaux commencera le cours de clinique chirurgicale le lundi 13 novembre 1893, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Lundi et vendredi, à 5 heures 1/4, exercices cliniques sous la direction de M. le Dr Thierry, chef de clinique.

Lundi et jeudi, à 4 heures, démonstrations d'anatomie pathologique par M. le Dr Pilliet.

Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau. — M. le Dr Kirmichon a commencé le lundi 6 novembre à 9 heures ses leçons cliniques de chirurgie orthopédiques. Il les continuera les lundi et vendredi suivants.

Les leçons de cette année seront consacrées aux difformités des membres.

Hôpital des enfants. — Le docteur Jules Simon recommencera ses conférences le mercredi 15 novembre, à 9 heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. Consultation clinique le samedi.

Corps de santé de la marine et des colonies. — M. le médecin de 1re classe Théron embarque sur l'*Hermione*.

Nominations.—A été nommé dans la réserve de l'armée de mer, au grade de médecin de 2e classe, M. Blanc, médecin de 2e classe de la marine.

Liste d'embarquement des médecins de 1re classe :

Brest. — MM. 1. Salanoue-Ipin ; 2. Bourdon ; 3. Ch. Aubry ; 4. Pungier ; 5. Plagneux.

Rochefort.— MM. 1. Dufour ; 2. David ; 3. Gorron ; 4. Touchet ; 5. Lassabatie ; 6. Torel ; 7. Brou-Duclaud ; 8. Tardif ; 9. Machenaud ; 10 Mathé.

Toulon. — MM. 1. Durand ; 2. Gauran ; 3. Ourse ; 4. de Bonadona ; 5. Cauvet ; 6. Pons ; 7. Sibaud ; 8. Durbec ; 9. Philip ; 10. Boutin ; 11. Couteaud ; 12. Théron ; 13. L. Alix ; 14. Barrême ; 15. Curet ; 16. Raffaëlli ; 17. Cognes ; 18. Poulain ; 19. Millou ; 20. Trabaud ; 21. Arène ; 22. Long.

Cherbourg. — MM. 1. Barbolain ; 2. Deblenne ; 3. Nollet ; 4. L'Honen ; 5. Duprat ; 6. Babot ; 7. Foucaud ; 8. Roby.

Lorient. — MM. 1. Michel ; 2. Thamin ; 3. Ropert ; 4. Palasne de Champeaux ; 5. du Bois Saint-Sevrin.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.



Sommaire

Hôpital de la Pitié. — M. Tillaux

DU MARTELLEMENT DES ORTEILS

Leçon recueillie par le docteur Paul Thiéry, chef de clinique.

Nous allons nous occuper d'un homme âgé de 64 ans qui paraît encore plus âgé qu'il ne l'est en réalité et se plaint de ne pouvoir marcher : il boite et souffre quand il marche, mais dès qu'il est assis ou couché, il ne souffre plus. Il ne souffre d'ailleurs que du pied droit et il y a 13 ans (vers 51 ans) que le début de l'affection a eu lieu. A cette époque il a eu une fracture de jambe dont on sent le cal : fracture oblique. A partir de l'accident la douleur a augmenté petit à petit et actuellement il ne peut plus marcher.

J'ai examiné son pied droit, et il offre une difformité qui se rapproche de celle que l'on désigne sous le nom d'*orteil en marteau*. Dans la marche il n'appuie pas sur l'avant-pied ; le talon antérieur ne touche plus le sol comme nous le montrent ces empreintes au noir de fumée que m'a remises M. Thiéry : on y voit très nettement que du côté malade tout le poids du corps porte sur le talon et en avant sur l'extrémité des orteils, s'arc boutant sur l'un et l'autre ; les fonctions du talon antérieur sont supprimées.

Qu'est-ce qu'un orteil en marteau ? L'affection n'est pas très rare puisque d'après les statistiques militaires, le chiffre est de 1 1/2 pour mille. C'est presque exclusivement sur le deuxième orteil que porte la difformité, rarement sur le troisième, et jamais ai-je écrit moi-même avec de nombreux auteurs, sur le quatrième. Or, notre malade souffre aussi au niveau du quatrième orteil et il faudra intervenir aussi de ce côté.

Voici en quoi consiste la lésion. La première phalange est toujours légèrement luxée sur la tête du métatarsien ; la deuxième phalange est subluxée sur la première, presqu'inclinée à angle droit sur la troisième, enfin la troisième est également en flexion chez notre malade, mais assez souvent la troisième phalange est au contraire redressée, si bien que Malgaigne avait admis deux variétés suivant que la phalangette était en extension ou en flexion. On a caractérisé cette attitude de l'orteil en la nommant *en cou de cygne* (Nélaton).

Les articulations sont sensiblement normales, c'est-à-dire que les cartilages sont intacts : il n'y a pas d'arthrite.

Le tendon extenseur fait souvent sur la face dorsale une corde saillante qui appelle l'attention du chirurgien : notre malade présente cette disposition et cela a mené à une théorie pathogénique d'ordre musculaire et conduit à une thérapeutique illusoire. Une autre lésion constante, importante en symptomatologie, est produite par la position de l'ongle sur le sol : la douleur en est accrue et on réforme ces malades ; cette lésion n'existe pas dans la variété de Malgaigne où la phalangette est en extension.

Enfin l'empeigne de la chaussure presse sur la face dorsale au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne et il se produit là un durillon ; l'épiderme augmente d'épaisseur, il se développe une bourse séreuse qui finit par s'enflammer, et même suppurer avec fistulisation et le tendon extérieur lui-même est lésé : c'est le mal dorsal des orteils décrit par M. Dubreuilh, de Montpellier.

Toutes ces attitudes peuvent être corrigées au début, mais le redressement n'est pas durable ; plus tard, la rétraction des parties fibreuses, ligamenteuses, et même de la peau plantaire, s'oppose au redressement.

Or, très souvent, c'est seulement à la période du durillon que les malades viennent nous trouver et le redressement est alors très difficile ou impossible.

Il se produit encore une autre lésion. C'est la sclérose de la pulpe de l'orteil consécutive aux poussées inflammatoires. Si bien que certains malades souffrent à cause des durillons ; ce n'est pas le cas de notre malade ; d'autres, et c'est son cas, souffrent surtout de la contusion chronique de l'extrémité de l'orteil pendant la marche.

Probablement même, les lésions nerveuses existent aussi et il y aura lieu d'examiner à cet égard les pièces que je vais enlever.

On a invoqué de nombreuses théories pathogéniques. La première en date, celle qui, à un examen superficiel paraît la plus évidente, c'est la théorie tendineuse de Boyer : il y aurait rétraction du tendon extenseur qui place la première phalange en extension ; mais alors pourquoi les deux autres sont-elles en flexion ? D'ailleurs je crois la rétraction secondaire, car c'est lentement que s'établit la difformité et elle est correctible au début. D'ailleurs la lésion peut être congénitale et héréditaire. Aussi la section de l'extenseur, la section du fléchisseur sont-elles des opérations frappées de nullité.

M. Debasseaux a fait en 1880 un travail d'où il résulterait que ce sont les muscles interosseux qui sont le point de départ de la difformité. Je ne fais qu'indiquer cette théorie que je ne puis ni confirmer ni infirmer.

Pour M. Blum (*Chirurgie du pied*) c'est le durillon qui serait le point de départ, et il y aurait inflammation et rétraction ligamenteuse consécutive. Mais, pour moi, le durillon est conséquence et non cause.

Avec d'autres auteurs, Nélaton entre autres, je me suis rattaché à une théorie purement mécanique. C'est presque toujours le deuxième orteil, rarement le troisième, jamais ou presque jamais le quatrième orteil qui est pris ; la solution de la question est peut-être là. Le deuxième orteil est celui de la série qui est le plus long et ce fait doit être rattaché à cet autre, que cet orteil est presque exclusivement le siège de la lésion.

L'extrémité du deuxième orteil bute contre la chaussure, il s'infléchit alors par son extrémité, et se place en extension par sa base, absolument comme lorsqu'on repousse la pulpe en fixant le talon.

Chez notre malade, je suis un peu embarrassé, car si son deuxième orteil présente un cas à peu près type, il n'en est pas de même du troisième et du quatrième ; il y a une courbure des orteils avec absence de subluxation ; je n'en ai pas trouvé l'explication.

Il y a lieu d'intervenir chirurgicalement : je lui avais d'abord parlé de

prothèse, c'est-à-dire de modification de la chaussure, mais cela est bien difficile et lui-même accepte une opération,

Il n'y a pas longtemps encore on désarticulait ou mieux on amputait; M. Terrier, dans la thèse de son élève Cohen, a proposé de substituer la résection cunéiforme à l'amputation. L'idée mérite d'être adoptée, d'autant que la perte d'un orteil a, au point de vue esthétique, plus d'importance que celà ne semble, surtout chez les jeunes sujets.

La résection doit porter au niveau des durillons et par une incision ovalaire on supprime du même coup le durillon. Evitez, si vous voulez, le tendon extenseur, cela n'a d'ailleurs pas grande importance, et sectionnez les os à la pince. Faites la suture, placez une petite attelle et le pansement.

Je crois que chez notre malade le deuxième orteil est justiciable de la résection. Mais nous ne pourrons pas faire la même opération pour les autres orteils, car ceux-ci présentent une sorte d'ankylose dans l'articulation phalangino-phalangettienne. Aussi suis-je disposé à faire la résection pour le deuxième orteil et l'amputation pour le troisième et le quatrième.

Nota. — Ce programme opératoire a été rempli de point en point. Les suites opératoires furent des plus simples Nous avons revu le malade cinq mois après l'opération, le résultat est parfait et le malade fournit une longue marche sans douleur ou fatigue

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

La Société de chirurgie a levé mercredi dernier sa séance en signe de deuil. Un de ses anciens présidents, le professeur Léon Lefort est mort subitement, comme on sait, il y a peu de jours. M. Périer, président actuel, qui avait déjà représenté la savante compagnie aux obsèques de L. Lefort, a prononcé quelques paroles touchantes à cette occasion et a rappelé la part que ce chirurgien avait pris aux travaux de la Société dont il avait dirigé les débats en 1875.

Auparavant le secrétaire général avait donné lecture de nombreuses lettres et télégrammes venus de différents points de l'Europe et s'associant à la célébration du cinquantenaire. Une adresse des médecins russes, portant de nombreuses vignettes et le portrait de Pirogoff, a été particulièrement remarquée. Signalons aussi une lettre de remercîment de M. Marjolin, président d'honneur.

Mercredi prochain la société reprendra ses discussions interrompues depuis quinze jours par un anniversaire et par un deuil.

Rapport sur l'état de santé de Cornélius Herz

Par MM. les professeurs BROUARDEL et DIEULAFOY

Nous avons l'honneur, M. le professeur Brouardel et moi, de faire connaître à l'Académie de médecine le rapport qui nous a été demandé par M. le président du Conseil, concernant les résultats de la mission dont nous avons été chargés, en vue de constater l'état de santé de Cornelius Herz.

En publiant ce rapport *in extenso*, notre but est de nous opposer à toute légende, à tout malentendu, qui pourrait être tenté de se substituer à la vérité.

Cette publicité, elle est du reste justifiée par l'exemple que nous ont donné nos très honorables confrères anglais qui, à plusieurs reprises, et tout récemment encore, dans le *British Medical Journal*, ont discuté, avec les détails les plus circonstanciés, le diagnostic et le pronostic de la maladie de Cornélius Herz.

Ce qu'ont fait les médecins anglais, nous allons le faire également et, entrés dans cette voie, nous plaçons le présent rapport sous le patronage de cette Académie de médecine, dépositaire des traditions d'honneur professionnel et de bonne foi scientifique.

Maintenant établissons nettement les faits :

Le 20 juin 1893, MM. les professeurs Charcot et Brouardel étaient chargés, par M. le ministre des affaires étrangères, de se rendre à Bornemouth pour examiner Cornélius Herz, à l'effet de savoir s'il était en état d'être transporté hors de son domicile.

A la suite d'un double examen aussi prolongé que scrupuleux, et éclairés par les renseignements fournis par les médecins anglais, MM. Charcot et Brouardel rédigèrent un rapport dont nous allons reproduire les traits les plus saillants :

Cornelius Herz est atteint de diabète sucré avec phosphaturie, azoturie et albuminurie. A ces symptômes diabétiques s'ajoutent une pâleur des tissus, un amaigrissement considérable, une déperdition telle des forces, que, pendant les examens prolongés faits par les médecins français, le malade fut pris d'angoisse, de sueurs froides, de refroidissement aux extrémités avec tendance à la syncope. La dépression des forces était encore expliquée par ce fait que le malade, atteint d'une intolérance stomacale absolue, vomissait tous ses aliments, ce qui avait engagé les médecins anglais à recourir à l'alimentation par la voie rectale.

D'autre part, Cornelius Herz avait été pris, le 6 février 1893, d'accès de fièvre avec anxiété précordiale et troubles cardio-vasculaires, qui avaient fait diagnostiquer aux médecins anglais une aortite aiguë. Depuis cette époque, le malade avait été sujet à des sensations de défaillance et de syncope survenant principalement dès qu'il voulait se lever. C'étaient bien là des signes d'angine de poitrine.

En face de cette situation caractérisée par un état diabétique voisin de la cachexie et par des accidents cardio-aortiques sans cesse menaçants, les conclusions de MM. Charcot et Brouardel furent les suivantes : « Les constatations directes que nous devons relater, notamment la crise avec tendance à la syncope, dont nous avons été témoins, ne nous laissent aucun doute sur la réponse qu'il y a lieu de faire à la question qui nous a été posée. On ne pourrait transporter Cornelius Herz sans faire courir au malade les plus grands dangers ; nous ne prendrions pas la responsabilité de conseiller son transport. »

Néanmoins le rapport se terminait par une phrase où nous relevons la déclaration suivante : « Il n'est pas impossible qu'il survienne une rémission dans la marche de la maladie. »

Eh bien, cettte rémission est survenue et c'est ici que commence la deuxième partie du rapport actuel.

Sous l'influence d'une hygiène alimentaire sévère, d'un traitement bien conduit, le malade s'est amélioré, les forces ont reparu peu à peu, et quand nous sommes arrivés à Bornemouth samedi dernier, 4 novembre, M. Brouardel et moi, voici ce que nous avons constaté en présence de nos honorables confrères anglais.

Cornelius Herz est dans la plénitude de ses facultés intellectuelles. Il n'est plus l'homme anémié et amaigri du mois de juin ; il n'est plus l'homme tombant d'inanition et de faiblesse, il a bonne mine, il est solidement musclé, il a engraissé, la voix est forte et bien timbrée, le pouls est de bonne qualité. Au point de vue des symptômes diabéti-

tiques, le sucre urinaire a notablement diminué, et l'albuminurie a complètement disparu, nous ne constatons aucun symptôme de brightisme.

L'alimentation, impossible il y a quelques mois, est actuellement solide et substantielle, on peut en juger, du reste, par quelques vomissements qui ont eu lieu en notre présence, vomissements provoqués, suivant le malade, par l'état nerveux où l'avait plongé notre examen.

Entre autres symptômes, d'ordre également nerveux, nous signalons des sensations de froid et de légère anesthésie occupant principalement le côté gauche du corps et parfois provoquées par la pression de l'hypocondre gauche.

L'examen du cœur nous a donné les résultats suivants ; il n'y a pas d'hypertrophie cardiaque et le choc systolique est normal. A l'auscultation on perçoit un très léger souffle au premier temps à la région mitrale, et un prolongement du second temps à l'orifice aortique ; ce prolongement ne mérite même pas le nom de souffle de retour, et, d'ailleurs, les autres signes de l'insuffisance aortique font défaut.

Au dire du malade, qui reste confiné dans son lit, les tendances à la défaillance sont fréquentes, l'angoisse syncopale survient soit spontanément, soit à l'occasion de mouvements avec la sensation de la vie qui s'éteint.

Ce sont là des symptômes d'angine de poitrine, mais ils ne se sont pas produits en notre présence et nous nous contentons de les signaler.

Il ressort donc de notre examen : qu'à part les troubles cardio-aortiques avec lesquels il faut compter, car chacun sait les terribles surprises que peut entraîner l'angor pectoris, à part ces troubles cardio-vasculaires, il y a, dans l'état général du malade, une amélioration tellement manifeste que Cornelius Herz, répondant à nos questions, nous a dit lui-même : « Oui, je me sens mieux ; oui, je suis plus fort. »

Il ne peut donc y avoir aucune hésitation dans nos conclusions relativement au déplacement et au transport de Cornelius Herz : *Ce qui n'était pas possible il y a quatre mois, est possible aujourd'hui.*

A ces conclusions, qu'il nous soit permis d'ajouter quelques mots. Après avoir accompli notre mandat auprès du malade, nous avons pris congé de nos honorables confrères anglais que nous ne saurions trop remercier de leur parfaite courtoisie, et de l'extrême obligeance avec laquelle ils nous ont fourni tous les renseignements désirables.

A l'issue de notre consultation à Bournemouth, nous sommes rentrés à Londres, nous avons envoyé un mot à l'ambassade de France, et le soir même, à dix heures, nous étions reçus avec empressement et une bonne grâce charmante, par le premier secrétaire, M. le baron d'Estournelles.

Séance tenante, nous faisions part de nos conclusions à M. le baron d'Estournelles, et il en informait aussitôt à Paris M. le président du Conseil par une dépêche que nous avons rédigée en commun. Notre mission était terminée.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

De quelques emplois du salicylate de soude

Le salicylate de soude n'est guère employé par les praticiens que dans le rhumatisme articulaire aigu et les névralgies, il est cependant susceptible de rendre d'utiles services dans un certain nombre d'autres cas.

C'est ainsi que, dès 1883, Aufrecht a montré les bons effets du salicylate dans les pleu-

résies séreuses récentes et il a été suivi dans cette voie par Drzewiecki, qui a employé aussi le salol avec succès. D'après Hiller, le salicylate est le plus efficace des médicaments à employer dans la pleurésie séreuse ; cet auteur reconnaît, du reste, que la résorption ne se produit parfois qu'au bout de quelques semaines. Les épanchements purulents ne sont pas modifiés et pour Hiller, l'absence d'action du salicylate permet, d'affirmer la présence du pus. Il faut prescrire 3 à 4 gr. par jour du médicament dans une potion, dont le malade prendra une cuillerée toutes les heures.

Tetz a presque toujours vu le médicament réussir rapidement dans les pleurésies séreuses ; il peut être efficace même dans des pleurésies datant de plusieurs semaines, même dans des épanchements secondaires. Dans un cas, le salicylate a réussi à faire disparaître l'épanchement dans une pleurésie tuberculeuse.

Stranghu a aussi vu disparaître des épanchements pleurétiques, sous l'influence du salicylate de soude; il a donné 10 gr. en capsules à 0 gr. 42, dont 2 ou 3 à prendre chaque jour.

Sugster a prescrit le salicylate dans 13 cas de pleurésie ; 11 malades ont été guéris, la durée de la maladie étant comme chiffres extrêmes 30 et 51 jours. On donnait 1 à 5 prises de 1 gr. par jour dans du pain azyme. Deux malades ont quitté l'hôpital simplement améliorés. Une seule fois il y a eu des sueurs profuses.

Dans une observation de Deri, on voit un homme de 29 ans atteint d'une pleurésie exsudante être pris d'un rhumatisme articulaire aigü ; le malade reçoit 4 grammes de salicylate par jour et l'épanchement diminue très rapidement en même temps que les douleurs articulaires, tandis qu'il avait résisté à tous les moyens jusqu'alors employés.

Au bout de 9 jours la résorption du liquide était complète, Deri a eu recours plusieurs fois avec succès à la médication salicylée dans les pleurésies et il tend à admettre que, dans ces cas, le salicylate a une action spécifique.

Millard a vu le salicylate réussir chez une dame atteinte de rhumatisme post scarlatineux compliqué de pleurésie double.

Dans 5 cas, Talamon a réussi à obtenir avec le médicament la résorption rapide d'épanchements pleurétiques. Dans 3 des cas la pleurésie avait été ponctionnée deux fois et le liquide s'était reproduit aussi abondant ; la résorption s'est faite dans les 8 jours sous l'influence du salicylate et l'épanchement commençant déjà à diminuer dès le second ou troisième jour.

Steller pense que le salicylate agit dans la pleurésie en sa qualité de diurétique et de fait, on voit souvent la quantité des urines s'élever, dès qu'on l'administre, à 2 ou 3 litres par jour. Mais, d'autres fois, la résorption de l'épanchement peut s'effectuer sans qu'il y ait polyurie, et, de plus, certains diurétiques provoquent la polyurie dans le cours de la pleurésie, sans que le liquide disparaisse. Rappelant les expériences de Rosenbarbe et Petit qui ont retrouvé le salicylate introduit par le tube digestif dans toutes les cavités séreuses, Talamon admet une action directe du médicament sur la plèvre. On a même conseillé de l'injecter dans la cavité une fois la ponction faite.

La dose convenable de salicylate est de 4 à 6 gr., et il faut continuer l'administration du médicament pendant une huitaine de jours. Autant que possible il faudra intervenir à une époque rapprochée du début, l'action est alors plus rapide.

Le salicylate, d'après L. Hertz, conviendrait également dans la pleurésie sèche ; on doit le donner à la dose de 6 grammes en 24 heures. Les douleurs disparaissent d'abord, puis ensuite la fièvre et le frottement.

Passons maintenant rapidement en revue quelques-unes des autres applications du salicylate de soude.

Pour Haag, le salicylate serait supérieur à l'opium, à l'antipyrine, etc., dans le traitement du diabète sucré. La dose nécessaire serait de 4 grammes par jour et parfois il faudrait

aller jusqu'à 6 grammes en 24 heures. Muller, Ryba, Flummert vantent aussi le salicylate dans le diabète. Kamen a vu que, sous son influence, l'amaigrissement s'arrêtait rapidement même quand la glycosurie n'est que peu influencée. Crippi a eu deux guérisons et cinq insuccès. Fresch a toujours échoué. J'ai recueilli, dit-il, à ma clinique, de nombreux tracés pour me rendre compte de l'action de ces substances dans le diabète il y avait bien une amélioration, tantôt de quelque durée, tantôt absolument éphémère, mais en fin de compte le résultat demeurait complètement négatif. Pour Lécorché le salicylate est indiqué lorsque le diabète est lié à la goutte et il agit dans ce cas comme un antidiabétique complet ; on doit d'après lui prescrire à la dose de 1 à 2 grammes par jour, pris aux repas, pendant 15 à 20 jours.

Contre l'amygdalite, West prescrit la formule suivante :

Acide salicylique	8	grammes
Bicarbonate de soude	5	—
Glycérine	30	—
Eau de menthe poivrée	90	—

M. — A prendre une cuillerée à bouche toutes les 3 ou 4 heures.

Cimbali, dans la dysenterie, a donné le salicylate de potasse par prises de 0,50, additionnées chacune de 1 à 2 centigrammes d'extrait d'opium, à la dose quotidienne de 2 à 3 grammes. Rapidement, on observe une diminution dans le nombre des selles, l'atténuation du ténesme et des douleurs. La guérison survient habituellement au bout de 4 à 5 jours de traitement, mais il faut continuer la médication quelques jours encore après la disparition des symptômes dysentériques. Le salicylate reste inefficace dans les cas très graves avec ulcérations intestinales profondes.

Ce sont les médecins anglais qui ont les premiers employé le salicylate de soude à l'intérieur comme cholagogue. Sthiller, dans la lithiase biliaire, ordonne 4 prises quotidiennes de salicylate de soude en suspension dans un demi-verre d'eau gazeuse ou dans une solution de bicarbonate de soude ; le plus souvent il amorce d'extrait de belladone, chaque prise de salicylate, et confine le malade au lit jusqu'à amélioration franche, en même temps qu'il prescrit un régime approprié. La guérison survient rapidement.

L'expérimentation chez l'animal montre que le salicylate de soude est cholagogue et que, à la suite de son administration, la quantité de bile et sa fluidité augmentent.

Strisovir prescrit dans la lithiase biliaire le salol et le salicylate de soude dans l'intervalle des coliques, (0,60 trois fois par jour). D'après lui ces médicaments empêchent la formation de nouveaux calculs et émiettent peu à peu ceux qui sont déjà formés.

D'après Fay, le salicylate aurait une action très rapide dans les coliques néphrétiques ; il aurait une action élective sur les muscles lisses.

A. Worthéinur a obtenu la disparition très rapide des démangeaisons dans trois cas de prurit idiopathique, en donnant trois fois par jour deux cuillerées à bouche d'une solution à 3 p. c. de salicylate de soude.

Dyer, dans l'urticaire rebelle, donne une forte dose de salicylate une fois par jour ; il emploie du reste en même temps un traitement local consistant dans le badigeonnage des papules avec un onguent d'oléate de zinc, additionné de quelques gouttes d'acide phénique.

En Allemagne, le salicylate de soude a été recommandé contre le mal de dents à la dose de 0 gr. 62 toutes les demi-heures. Il s'est montré efficace sur le mal de dents rhumatismal, la carie et la périostite. L'amélioration ne dure du reste que peu de temps.

Enfin dans le rhume de cerveau rebelle on a conseillé la potion suivante :

Salicylate de soude.............. ..	ââ 15 grammes
Sirop d'écorce d'orange.............	
Eau de menthe poivrée	90 —

à prendre par cuillerée à dessert toutes les 3 ou 4 heures jusqu'à bourdonnement dans les oreilles.

Un mot sur la pharmacologie du salicylate de soude. D'après Otto Marbaum, les dissolvants alcooliques ne rendent pas plus facile l'absorption du médicament; cette dernière est par contre ralentie par l'alcool en solution concentrée. Enfin elle est beaucoup moins énergique après le repas.

Terminons en disant que l'on peut masquer le goût désagréable des solutions de salicylate en mettant un peu de sel marin sur la langue avant de prendre la dose prescrite.

BIBLIOTHÈQUE

La pratique des maladies des enfants dans les hopitaux de Paris, Aide-mémoire et formulaire, par le professeur Paul Lefert. 1 vol. in-16 de 285 pages cartonné.

Tous les praticiens sauront gré à M. le professeur Lefert de leur présenter en un petit volume clair et précis la pratique des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris dans les maladies des enfants : A. Broca, Cadet de Gassicourt, Comby, Descroizilles, D'Heilly, Grancher, Hutinel, Kirmisson, Labric, Lannelongue, Legroux, Millard, Moizard, Aug. Ollivier, Redard, De Saint-Germain, Sevestre, Jules Simon, Variot, etc.

On trouvera traitées dans ce livre les questions qui s'offrent chaque jour à l'observation de tout médecin ou chirurgien : les angines, l'antisepsie, la bronchite, la bronchopneumonie, la chorée, les convulsions, la coqueluche, la coxalgie, la croissance, la diphtérie, la fièvre typhoïde, l'incontinence d'urine, le mal de Pott, la méningite, l'ophtalmie purulente, la paralysie, la pleurésie, la pneumonie, le rachitisme, la rougeole, la scarlatine, la scrofule, les stomatites, les terreurs nocturnes, les vers intestinaux.

Cet ouvrage permet au médecin instruit de se rappeler ce qu'il a vu, alors qu'étudiant il suivait les services hospitaliers de Paris ; il permet de se tenir au courant des nouvelles méthodes de traitement.

Le praticien est toujours certain, quel que soit son choix, de s'appuyer sur les conseils d'un confrère dont le nom fait autorité.

Sans doute, au lit du malade, l'état particulier de ce dernier a au moins autant de poids que le genre de maladie dont il est atteint ; il n'en reste pas moins que chaque médecin a pour chaque maladie un ensemble de moyens formant un arsenal dans lequel il puise incessamment, sauf à choisir l'agent qui s'adapte le mieux à la constitution propre du patient.

Pour faciliter les recherches, le livre est complété par deux tables alphabétiqnes, l'une par noms d'auteurs, l'autre par ordre de matieres.

FORMULAIRE

Huile de foie iodée :

Iode . . . . 1 »

Triturez à froid dans un mortier avec :

Chloroforme. . . . . 2 »
Huile de foie de morue. . . . . 999 »

Au point de vue de la couleur, du goût et de l'odeur, ce produit ne diffère pas de l'huile de foie de morue. Cette huile ne colore pas l'empois d'amidon.

Huile de foie à l'iodure ferreux :

Fer en poudre	2 parties
Iode.	4 »
Huile de foie de morue	40 »

Triturez le tout dans un mortier en ajoutant un peu d'éther, jusqu'à ce que l'iode ait disparu et qu'il se soit formé un produit noir.

On dilue peu à peu le mélange au moyen d'huile de foie de morue, de manière à obtenir 1000 parties. On filtre. Liquide de couleur rouge brunâtre renfermant 5 p. 1000 d'iodure ferreux.

COURRIER

—

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Questions posées*. — Muscles de la région postérieure de la cuisse. — Vertèbres dorsales.

— Les Commissions des prix de la Faculté de médecine de Paris, pour l'année scolaire 1893-1894, sont composées ainsi qu'il suit :

Prix Barbier. — MM. Panas, Tarnier, Farabeuf, Le Dentu, Terrier; suppléant, M. Tillaux.

Prix Châtauvillard. — MM. Panas, Cornil, Dieulafoy, Mathias-Duval, Pouchet; suppléant, M. Laboulbène.

Prix Jeunesse (hygiène). — MM. Brouardel, Proust, Gautier, Fournier, Pouchet; suppléant, M. Gariel.

Prix Saintour. — MM. Guyon, Duplay, Lannelongue, Le Dentu, Tillaux ; suppléant, M. Pinard.

Prix de Thèses. — MM. Brouardel, Guyon, Hayem, Tarnier, Duval, Debove, Tillaux, Terrier, Gautier; suppléants, MM. Straus, Le Dentu.

Prix Montyon. — MM. Brouardel, Proust, Gautier, Fournier, Pouchet; suppléant, M. Gariel.

— Le concours annuel pour une place d'interne titulaire et deux places d'interne provisoire à l'Hôtel-Dieu d'Orléans aura lieu le 15 décembre prochain, à une heure après-midi audit Hôtel-Dieu.

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

L'EAU POTABLE AU BOIS DE BOULOGNE. — Le Conseil municipal de Paris, après avoir reconnu la justesse des craintes formulées, s'est préoccupé de remédier à un pareil état de choses. En conséquence, le Conseil a voté le vœu suivant qui a été renvoyé à l'administration de la ville.

« L'administration est invitée à étudier, dans le plus bref délai possible, les moyens « d'amener de l'eau potable dans les fontaines du Bois de Boulogne. »

CLINIQUE CHIRURGICALE. — M. le professeur Tillaux commencera ce cours, à l'hôpital de la Charité, le lundi 13 novembre 1893, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Lundi et vendredi, à 5 heures 1/4, exercices cliniques sous la direction de M. le docteur Thiéry, chef de clinique.

Lundi et jeudi, à 4 heures, démonstrations d'anatomie pathologique par M. le Dr Pilliet.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE. — M. le professeur Tarnier commencera

ce cours le samedi 11 novembre 1893, à 9 heures du matin (clinique d'accouchements, rue d'Assas), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Ordre du cours. — Mardi et samedi : leçons à l'amphithéâtre. Visite des malades tous les matins, à 9 heures.

Clinique d'accouchements et de gynécologie. — M. le professeur Pinard a commencé ce cours le vendredi 10 novembre 1893, à 9 heures du matin (clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours. — Lundi et vendredi : Leçons de clinique obstétricale à l'Amphithéâtre, par le professeur. Mardi : Leçon de diagnostic obstétrical, par le Dr Wallich, chef de clinique. Mercredi : Leçons et opérations de gynécologie, par le Dr P. Segond, agrégé. Jeudi : Leçons de thérapeutique obstétricale, par le Dr Varnier, agrégé, à 4 heures. Samedi : Leçons et opérations de chirurgie infantile, par le Dr Kirmisson, agrégé.

Tous les jours, à 5 heures, cours pratique et manœuvres obstétricales par les docteurs Potocki, Lepage et Bouffe de Saint-Blaise, répétiteurs.

Visite tous les matins à 9 heures.

Cours de clinique médicale. — M. le professeur Potain a commencé ce cours, à l'hôpital de la Charité, le mardi 14 novembre 1893, à 10 heures, et le continuera les samedis et mardis de chaque semaine, à la même heure.

La visite des malades aura lieu à 8 heures et demie du matin.

Leçons de séméiologie, par M. Vaquez, chef de clinique, les vendredis à 10 heures.

Démonstration d'anatomie pathologique, par M. Suchard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, tous les jours.

Cours de clinique chirurgicale. — M. le professeur Le Dentu a commencé ce cours le vendredi 17 novembre 1893, à 9 heures et demie du matin, à l'hôpital Necker, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Opérations : les mardis et vendredis après la leçon.

Opérations abdominales : le jeudi à 9 heures au pavillon de gynécologie.

Visite des malades, à 9 heures : les lundis, mercredis et vendredis, salle Malgaigne (hommes) ; les mardis et samedis, salle Lenoir (femmes).

Cours de clinique chirurgicale. — M. Lejars, agrégé, chargé de cours, a commencé ce cours le mercredi 8 novembre 1893, à l'hôpital de la Pitié, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Le vendredi, à 9 heures et demie du matin, exercices cliniques.

Clinique ophtalmologique. — M. le professeur Panas commencera ce cours le lundi 13 novembre 1893, à l'Hôtel-Dieu, à 9 heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cliniques et opérations, à 10 heures ; exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. Ricard, agrégé, suppléant, a commencé ce cours le vendredi 10 novembre 1893, à 4 heures (Petit Amphithéâtre), e le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Cours de médecine opératoire. — M. le professeur Terrier a commencé ce cours le mercredi 8 novembre 1893, à 5 heures (Grand Amphithéâtre) et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours de physique médicale. — M. le professeur Gariel commencera ce cours le samedi 11 novembre 1893, à midi (Petit Amphithéâtre) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Objet du cours : La méthode graphique et ses applications. — Revision de l'optique. — Vision. — Revision de la chaleur; chaleur animale.

COURS DE CHIMIE MÉDICALE. — M. le professeur Gautier, membre de l'Institut, a commencé ce cours le mardi 7 novembre 1893, à 1 heure (Grand Amphithéâtre) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

COURS DE PHARMACOLOGIE. — M. le professeur Gabriel Pouchet a commencé ce cours le mardi 7 novembre 1893, à 2 heures de l'après-midi (Petit-Amphithéâtre) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Ordre du cours : 1° Mardi et jeudi, leçon à l'Amphithéâtre;

2° Samedi, démonstrations au laboratoire ; étude pratique et détermination des produits composant la matière médicale.

CONFÉRENCES D'OBSTÉTRIQUE. — M. Maygrier, agrégé, commencera ces conférenoes le samedi 11 novembre 1893, à 5 heures (Grand Amphithéâtre), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — Le docteur Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra à sa clinique, 52, rue Jacob, son cours sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, le mardi 14 novembre, à 3 heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

Examen des malades et opérations à partir de 3 heures et demie.

On s'inscrit à la clinique les mêmes jours de 3 à 5 heures.

Clinique du docteur Darier, 9, rue Buffault (51 bis, rue Lafayette). Conférences cliniques les mardi, jeudi, samedi à 3 heures. Exercices d'ophtalmoscopie et de réfraction.

DES MÉDECINS POURVUS DE DIPLÔMES ÉTRANGERS. — Une loi a supprimé la faculté qu'avait le gouvernement d'autoriser les médecins pourvus d'un diplôme étranger à exercer en France. La règle fixée désormais est que nul ne peut exercer en France s'il ne possède le diplôme français de docteur en médecine. Mais on a admis que certaines facilités pourraient être accordées, suivant les cas, aux médecins reçus à l'étranger qui postuleront le diplôme français.

Les dispositions de la loi sont assez claires; il peut être accordé des dispenses partielles d'examens. En aucun cas, la dispense d'examens ne peut porter sur plus de trois épreuves.

Les dispenses seront accordées par le ministre, après avis de la Faculté de médecine auprès de laquelle le postulant désire subir les examens, et du Comité consultatif de l'enseignement public.

En examinant les demandes qui leur seront soumises, les Facultés devront uniquement se préoccuper de la valeur des titres produits, diplômes étrangers et travaux scientifiques.

En parlant des « médecins pourvus d'un diplôme étranger », la loi n'a pas distingué entre les médecins de nationalité étrangère et les Français.

Il peut se faire que certains de nos nationaux aient été contraints de prendre diplôme à l'étranger. Il n'est que juste d'en tenir compte, si plus tard ils se trouvent en situation de rentrer en France. Mais c'est de ceux-là seuls que la loi a eu souci. Elle n'a pas entendu viser les Français qui, pour échapper aux exigences de nos Facultés, iraient subir des examens devant certaines Universités étrangères réputées plus faciles, et se prévaudraient d'un titre obtenu dans ces conditions, pour postuler ensuite plus aisément, avec des dispenses, le diplôme français de docteur en médecine.

Lorsqu'elles seront saisies de demandes émanant de Français pourvus d'un diplôme étranger, les Facultés devront donc s'enquérir d'une façon toute particulière de la situation des postulants et la faire connaître avec précision au ministre.

— Le Conseil général des Facultés a autorisé, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1893-1894, les cours libres suivants :

M. Auvard : Gynécologie. Séméiologie du système génital chez la femme. — Mardi, jeudi et samedi, à quatre heures (amphithéâtre Cruveilhier), lundi 11 décembre 1893.

M. Despagnet : Maladies des yeux. — Lundi et vendredi à huit heures du soir (amphithéâtre no 2), lundi 4 décembre 1893.

M. Fort : Anatomie chirurgicale de l'urèthre. Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse linéaire. — Mardi et samedi, à huit heures du soir (amphithéâtre Cruveilhier), samedi 18 novembre 1893.

M. Foveau de Courmelle : Electrothérapie. — Lundi et vendredi, à cinq heures (amphithéâtre Cruveilhier), lundi 11 décembre 1893.

M. Lavaux : Affections des voies urinaires. — Mardi, jeudi et samedi, à deux heures (amphithéâtre Cruveilhier), jeudi 14 décembre 1893.

M. Sandras : Maladies de la poitrine et des voies respiratoires. — Jeudi et samedi, à cinq heures (amphithéâtre Cruveilhier), jeudi 7 décembre 1893.

— M. le médecin-major de 2e classe Dziewonski, est nommé commissaire mil. près la société l'Union des femmes de France, en remplacement de M. le médecin-major de 1re classe Schneider, envoyé en mission en Perse. M. Dziewonski est également nommé membre de la commission supérieure des sociétés d'assistance aux blessés et malades des armées de terre et de mer.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Par décret du 3 novembre, a été promu dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat, au grade de médecin de 1re classe, M. le médecin de 2e classe A.-L. Alquier.

M. le médecin de 1re classe Durand embarquera sur l'*Héroïne*.

MM. les médecins de 2e classe Aubry et Traonoüez sont désignés pour servir au Soudan français.

MM. les médecins de 2e classe Berriat, aide-major au 8e régiment, à Toulon, et Labouesse, aide-major au 6e régiment, à Brest, iront servir, le premier au 9e régiment d'infanterie au Tonkin, le second au 10e régiment de marine, en Annam.

M. le médecin de 2e classe Séguy, embarque le 1er janvier 1894 sur l'*Achéron*.

M. le médecin de 2e classe Rul est désigné pour servir à la prévôté de Ruelle.

Des médecins de 2e classe sont demandés pour aller servir dans l'Inde.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.



Sommaire

HYGIÈNE

BULLETIN SANITAIRE

L'épidémie de choléra du Finistère est à peu près terminée. Les médecins de la marine envoyés en mission dans les communes contaminées sont revenus à leur poste ; le docteur Mosny, délégué du ministère de l'intérieur, est parti. A Douarnenez, tout paraît terminé. Brest compte encore, tous les trois ou quatre jours, un décès provenant de la ville ou de la banlieue ; mais il n'y a plus un seul malade en traitement à l'hôpital maritime et l'escadre du Nord est venue prendre ses quartiers d'hiver, dans l'avant-port, ce qui prouve que l'autorité maritime est rassurée. Pendant que le choléra s'éteint en France, il fait des ravages en Tunisie. Il y a été importé, il est inutile de le dire, par les pélerins de la Mecque, bien qu'ils aient été désinfectés plusieurs fois pendant la route. Il a d'abord éclaté à Nefta et à Gassa, puis il est arrivé à Sousse où il règne en ce moment avec une certaine violence. Les décès sont nombreux parmi les Européens ; quand aux musulmans ils cachent avec soin leurs morts. La population prend la fuite. Il ne reste plus que quatre des cinquante familles siciliennes qui habitaient près des grandes usines. Il part à chaque instant des barques chargées de Siciliens. Les juifs se réfugient à Monastir ou à Tunis. On ne trouve personne pour enterrer les cholériques. Les docteurs Dupeyron, Aubert et Costa montrent le plus grand dévouement. On a installé un lazaret à l'Oued-Hallout à 2 kilomètres de la ville, et une commission sanitaire a été instituée.

Le fléau règne également à Bizerte, mais avec moins d'intensité. On attribue son développement à la mauvaise qualité de l'eau des puits et des citernes qui ont été épuisées par l'insuffisance des pluies de l'hiver passé. Il est indispensable d'amener dans la ville les eaux d'une source des environs, pour remédier à cette cause d'insalubrité et la mesure est d'autant plus urgente que la population augmente à Bizerte d'une manière continue.

REVUE DE L'HYGIÈNE

Les microbes des billets de banque et des cartes. — Lorsque la Roumanie, menacée par le choléra, éleva, sur toutes ses frontières, des barrières protectrices et prit, à l'égard des objets susceptibles de transmettre la contagion, les mesures les plus rigoureuses, elle comprit les billets de banque dans la liste des objets à désinfecter. Nous avons raconté, dans une de nos revues, comment les billets de banque français et anglais avaient montré, dans cette terrible épreuve, une solidité égale à celle des

institutions de crédit qu'ils représentent, tandis que ceux d'Italie s'étaient transformés en chiffons de papier sans valeur.

Cette précaution du gouvernement Roumain a paru quelque peu exagérée ; mais il est probable que les bactériologistes de ce pays avaient eu connaissance des expériences faites à la Havane, par le docteur Acosta et Grande-Rossi, qui ont publié leurs observations dans la *Chronica medico quirurgica de la Habana* au mois de juin 1892. Ces médecins ont constaté d'abord que le poids des billets de banque augmentait en raison de leur circulation et que le nombre des microbes suivait la même progression. Dans deux cas, il s'élevait à plus de 19,000. Ils y ont constaté la présence d'une bactérie septique qui tue rapidement les animaux inoculés. C'est le microbe spécifique du billet de banque, et M. Talamon propose de lui donner pour ce motif, le nom de *bacillus septicus aureus*. MM. Acosta et Grande-Rossi ont encore retiré des billets examinés huit espèces pathogènes, parmi lesquelles le bacille de la tuberculose, celui de la diphtérie, le streptocoque de l'érysipèle, etc. La Roumanie n'était donc pas absolument dans son tort en demandant la désinfection de ces receptacles de germes contagieux.

Quant aux microbes des cartes à jour, ils ont été étudiés par un de nos compatriotes, le docteur Rappin, de Nantes, qui a publié le résultat de ses observations dans la *Nature*. En voyant des phtisiques jouer aux cartes dans une des salles de l'hôpital, il a eu l'idée d'y rechercher les microbes. Il en a trouvé une quantité considérable, surtout dans le point ou porte le pouce en donnant les cartes ; il y en avait là 6,160 par centimètre carré ; presque tous, il est vrai, étaient inoffensifs ; le seul microbe pathogène qui se trouvât dans le nombre était le *staphylococcus pyogenes aureus*.

Cette constatation peut avoir son intérêt. Ce n'est assurément ni pour les gens du monde ni pour ceux qui fréquentent les cercles, mais quand on connaît la malpropreté sordide des cartes dont se servent les soldats dans les corps de garde, les ouvriers et les paysans dans les cabarets et dans les lieux où ils se réunissent, lorsqu'on songe à l'habitude non moins malpropre qu'ils ont pour la plupart de se mouiller le pouce droit pour les décoller en les distribuant, on comprend qu'il pourrait y avoir là un moyen de contagion. C'est ainsi que, dans une légende dont l'histoire a fait justice, Charles IX passait pour s'être empoisonné en feuilletant un livre de chasse dont il décollait les feuillets par ce procédé.

L'intoxication par les coquillages. — La Société de médecine et de chirurgie pratiques s'est livrée sur ce sujet, dans sa séance du 12 octobre, à une discussion intéressante et qui nous semble de nature à mériter l'attention.

On sait qu'une croyance séculaire interdit de manger des huîtres pendant les mois dont le nom ne renferme par d'*r*, c'est-à-dire pendant les mois de mai, juin, juillet et août. C'est l'époque du frai ; les huîtres sont laiteuses, flasques, et généralement considérées comme malsaines. Toutefois, comme la période de reproduction ne dure que du 15 juin au 1er septembre, un décret en date du 12 janvier 1882 avait réduit à cet intervalle, l'interdiction de la vente des huîtres. En 1888, les ministres de la marine et du commerce consultèrent le comité consultatif d'hygiène publique sur la possibilité de supprimer toute interdiction et, à la suite d'un avis favorable, le décret du 30 mai 1889 autorisa la vente et le colportage des huîtres en toute saison.

Depuis cette époque et pour les mêmes raisons, les décrets du 14 juillet 1853 et du 19 juillet 1859 qui interdisaient la vente et le colportage des moules pendant l'été ont été également abrogés et ces mollusques peuvent être aujourd'hui transportés et consommés en toute saison. Or, la discussion soulevée au sein de la Société de médecine et de chirurgie pratiques tend à établir que le gouvernement s'est peut-être un peu hâté

dans les déterminations qu'il a prises et que, pendant l'été, l'ingestion des coquillages cause souvent des accidents d'une certaine gravité.

M. Bardet, dont la communication a soulevé le débat, a eu l'occasion, cet été, pendant son séjour au bord de la mer, d'observer seize empoisonnements par les coquillages : onze dus à des huîtres, deux à des moules et trois à des palourdes. Dans un cas, l'ingestion d'une seule huître a provoqué un ensemble de phénomènes assez graves pour simuler une attaque de choléra et le malade a mis plus de trois mois à guérir. Plusieurs des médecins présents à la séance ont cité des faits analogues.

Les observations de M. Bardet m'ont un peu surpris. J'ai passé presque toute ma vie sur le bord de la mer, c'est là que ma carrière médicale s'est écoulée et je ne me souviens pas d'avoir vu un seul cas d'intoxication causée par les huîtres. Si M. Bardet en a vu onze en une seule saison, il faut qu'il soit tombé sur une série bien malheureuse.

Je n'en dirai pas autant des moules ; elles causent souvent des accidents caractérisés par un malaise accompagné de mal de tête, de douleurs de ventre, de nausées, de vomissements et suivi d'une éruption d'urticaire avec fièvre. Cette indisposition dure de quelques heures à quelques jours. On a très souvent l'occasion de l'observer dans les ports où elle est très connue et, chose étrange, dans la même famille, ce sont toujours les mêmes personnes qui en sont atteintes, tandis que les autres jouissent d'une immunité constante. Je ne crois pas qu'en France on ait observé de cas de mort, mais il y en a eu en Autriche et en Allemagne. Il y a même, dans le port de Wilhemshaven, un endroit où toutes les moules sont vénéneuses. Au mois d'octobre 1885, on y a constaté l'empoisonnement de dix-neuf personnes dont cinq succombèrent.

Le principe toxique des moules siège exclusivement dans le foie. C'est un alcaloïde de la nature des leucomaïnes découvertes par M. Armand Gautier ; il a été isolé à l'état de pureté par Briéger, qui lui a donné le nom de *mytilotoxine*. Virchow l'a expérimenté sur les animaux et a déterminé les mêmes phénomènes que chez les victimes de l'accident de Wilhemshaven. Il est possible qu'il existe une *toxine* semblable dans les huîtres à l'époque du frai, alors qu'elles sont laiteuses, d'un goût désagréable et, surtout, quand elles commencent à s'altérer ; mais, lorsqu'elles sont fraîches et saines, je crois qu'on peut les manger sans crainte, même à l'époque du frai.

La question a son importance. On en prend en moyenne, sur les côtes de France, 150 millions par an, et cela représente une valeur de 7 à 8 millions de francs. Les moules sont plus modestes ; on ne prend pas la peine de les compter, on les mesures au boisseau. En 1883, on en a dragué, sur notre littoral, 839,339 hectolitres qui ont rapporté aux pêcheurs 695,851 francs (1). Il ne faudrait pas, on le comprend, jeter un discrédit immérité sur des produits de cette importance.

Epuration électrique des eaux vannes. — Il est depuis longtemps question d'employer l'électricité pour décomposer les eaux d'égout et les rendre inoffensives. Une campagne dans ce sens a été entreprise dans le *Génie civil*, il y a un an, par M. Max de Nansouty, et une application de ce principe a été faite récemment au Havre, dans le quartier Saint-François, le plus malsain de la ville, à l'aide du *Système Hermitte*. Ce système est basé sur l'emploi d'un liquide désinfectant très énergique, obtenu par l'élec-

(1) Indépendamment du poisson, il a été pêché en 1883 sur nos côtes :
157,666,246 huitres ;
1,712,885 crustacés ;
578,631 hectolitres de moules ;
291,834 hectolitres d'autres coquillages ;
1,316,381 kilogrammes de crevettes. (Statistique des pêches maritimes.)

trolyse de l'eau de mer, dans une machine appelée *électroliseur*. Dans les villes éloignées du littoral, on peut remplacer l'eau de mer par une dissolution de chlorure de sodium et de chlorure de magnésium.

Le chlorure de magnésium seul est décomposé, le chlorure de sodium servant de conducteur. C'est la mise en pratique immédiate de la loi de Faraday et du principe qui la régit : *Quand on fait passer un courant dans une dissolution aqueuse d'un chlorure, celui-ci est décomposé en même temps que l'eau ; il se forme au pôle positif un composé oxygéné du chlore très instable et doué d'un grand pouvoir d'oxydation*, et partant de désinfection. Au pôle négatif se forme un oxyde qui a le pouvoir de précipiter certaines matières organiques. En électrolysant une solution de chlorure de magnésium, on dissocie les différents éléments de ce corps et on en forme d'autres substances dont l'une, le composé d'oxygène et de chlore, est douée d'une très grande puissance oxydante et blanchissante, parce qu'elle abandonne très facilement son oxygène. A richesse égale de chlore gazeux, sa puissance est cinq fois plus grande que celle du chlorure de chaux. C'est à une qualité identique que le permanganate de soude, essayé comme désinfectant à Londres, doit ses énergiques vertus. Mais il a le désavantage de coûter très cher : ce qui le rend inapplicable dans la plupart des localités de minime importance, dont le budget est en général modeste.

Le composé chloré obtenu par l'électrolyse peut rendre les mêmes services et les rendre à bas prix, surtout dans les villes et villages situés au bord de la mer.

Grimshaw qui a étudié avec soin les différents procédés d'épuration des eaux-vannes au point de vue du prix de revient, estime que l'électrolyse ne coûte pas plus de 0 fr. 019 par mètre cube. Ce prix de deux centimes n'est évidemment pas exagéré, peut-être pourrait-il s'abaisser encore, car la plupart des villes sont aujourd'hui pourvues de dynamos servant à l'éclairage et qu'on pourrait employer pour fournir à l'épuration l'électricité nécessaire.

L'eau de mer traitée par l'électrolyse décompose les matières organiques et détruit les microbes. Elle tue les *anaérobies* par le simple abandon de son oxygène, et les aérobies par l'action chimique destructive qu'exerce l'oxygène à l'état naissant sur les cellules microbiennes, en oxydant les matières grasses qu'elles renferment en abondance. Cette action a été démontrée par M. Duclaux et M. Chantemesse a prouvé qu'en faisant agir la solution électrolytique sur un milieu infesté de bacilles, on pouvait constater, au bout de quelques instants, leur destruction complète.

L'électrolyse est également employée en Amérique pour désinfecter les eaux d'égout déversées par la ville de Brewsters st qui venaient souiller les eaux potables de New-York. C'est le système Woolf qui est en usage, et il a été décrit par l'*Electrical Engineer*, dans un de ses numéros du mois dernier. M. Woolf, dit ce journal, emploie des électrodes positives en cuivre platiné et des électrodes négatives en charbon. Une cuve électrolytique de 5,000 litres de capacité contient trois des premières et quatre des secondes. Le procédé est continu. L'eau de mer circule avec une vitesse calculée, sur la proportion d'éléments à oxyder. Son mélange avec les eaux d'égout les rend complètement inoffensives. C'est, du moins, ce qu'affirme le docteur Edison, qui a pris l'initiative de cet essai et qui, en face des résultats obtenus, en recommande l'application dans les grandes villes.

Ecriture droite et écriture penchée. — M. Javal a récemment (1) appelé l'attention de l'Académie de médecine sur cette importante question d'hygiène scolaire, dont

(1) Séance du 29 août 1893. *Bulletin de l'Académie*, t. XXX, p. 248.

il l'avait déjà entretenue il y a deux ans (1) et sur laquelle il vient de faire paraître une brochure à l'usage du personnel enseignant (2).

On sait combien les déviations de la colonne vertébrale sont communes dans les établissements d'enseignement et surtout dans les écoles de filles.

Parmi ces difformités, il en est une qui est absolument typique. Elle consiste dans une courbure unique dont la convexité est tournée à gauche et s'accompagne de l'élévation de l'épaule correspondante. Cette déformation se produit entre six et quatorze ans. Elle est si répandue que MM. Dubrisay et Yvon, dans un manuel d'hygiène scolaire qu'ils ont fait paraître en 1887, citaient une école Suisse où sur 709 élèves, 640 étaient atteints de l'incurvation caractéristique. En admettant que cette proportion ait été bien régulièrement constatée, elle est exceptionnelle; les statistiques du même genre publiées en France et à l'étranger ne donnent qu'une moyenne de 30 p. 100.

De l'avis de tous les hygiénistes, la grande courbure latérale gauche est produite par l'attitude que les enfants prennent en écrivant, lorsqu'on leur fait suivre la méthode anglaise dont les caractères sont très inclinés. Elle est plus commune chez les jeunes filles, parce qu'on s'applique davantage à leur donner une belle écriture et que l'*anglaise* est enseignée partout. Pour écrire, elles se couchent sur leur papier, en le fixant avec la main et l'avant-bras gauches, l'épaule se relève, la colonne vertébrale s'incurve et au bout de très peu de temps l'attitude vicieuse devient permanente. M. Javal reproduit, dans sa brochure, deux photographies instantanées empruntées au livre d'Hermann Kohn sur l'hygiène de l'œil. L'une représente dix petites filles écrivant *penché*, l'autre dix petites filles écrivant *droit*. Les premières ont une attitude déplorable, les autres se tiennent d'une façon fort correcte (3).

C'est Georges Sand qui la première a signalé les inconvénients de l'écriture penchée et formulé le précepte : *corps droit, écriture droite*, qui depuis nous est revenu d'Allemagne et que tous les hygiénistes ont adopté. M. Javal toutefois fait une concession importante aux habitudes contractées, ou si on aime mieux à la routine. Il reconnaît que l'écriture penchée est plus rapide et qu'elle convient mieux aux copistes, aux expéditionnaires et il termine son mémoire par les trois conclusions suivantes : Il reste acquis :

1° Que l'écriture très rapide des adultes doit être penchée, le papier étant incliné;

2° Que l'écriture des enfants doit être droite, le cahier étant tenu droit;

3° Que l'adoption de l'écriture droite pour le premier enseignement n'apporte aucun obstacle à l'emploi ultérieur de l'écriture penchée.

La transformation se fait d'elle-même et sans qu'on ait à s'en préoccuper.

La vaccine à domicile. — La lutte contre les maladies contagieuses se poursuit avec la même ardeur, avec la même suite dans les idées.

La Ville de Paris continue à faire opérer les vaccinations à domicile, dont nous avons parlé dans un de nos précédents numéros. Elle a été conduite à adopter cette mesure par l'accroissement du nombre des cas de variole que nous subissons depuis le commencement de l'année. Du 1er janvier jusqu'à ce jour, il y a eu 182 décès dus à cette cause; si la maladie suit la même marche pendant les six semaines qui nous restent encore, elle aura fait plus de 200 victimes en 1893, et ce chiffre est considérable, si on le compare à celui des quatre années précédentes, dont la moyenne a été de 42.

En présence de cette mortalité exceptionnelle, le bureau du Conseil municipal a pris

(1) Séance du 18 août 1891, t. XXVI, p. 207.
(2) Essai sur la physiologie de l'écriture, par le docteur Javal. Paris, 1893.
(3) Essai sur la physiologie de l'écriture par le docteur Javal, Paris 1893, p. 26 et 27.

le parti de porter la vaccine sur les points ou la variole sévit avec le plus d'intensité, au lieu d'attendre que les habitants de ces quartiers viennent la chercher.

L'Institut de vaccine animale dirigé par M. Chambon et par le docteur Saint-Yves a été chargé de ce soin. A l'heure et au jour fixés par l'administration, et annoncés à l'avance dans le quartier désigné,le docteur Saint-Yves s'y rend avec une génisse. C'est le plus souvent dans la rue qu'il opère. Il est bientôt entouré de femmes qui lui apportent leurs enfants et se laissent revacciner elles-mêmes avec la meilleure grâce du monde. Ce service fonctionne d'une manière régulière depuis le 2 septembre et du 2 au 15, il a opéré 170 vaccinations et 3,497 revaccinations. Total : 3,667 opérations.

En continuant dans cette voie et avec la bonne volonté que montre la population de Paris, nous ne doutons pas qu'on ne constate l'année prochaine une diminution notable dans le nombre des décès.

Prophylaxie de la diphtérie. — Parmi les maladies contagieuses, il en est une qui accroît sans cesse ses ravages depuis un siècle et demi, en dépit des progrès de l'hygiène. C'est la diphtérie. Il y a soixante ans, elle était encore limitée au bassln de la Loire, aujourd'hui, elle règne partout à l'état endémique ou sous forme de petites épidémies. A Paris, depuis vingt ans, le chiffre des décès par diphtérie a doublé, tandis que la population n'a augmenté que d'un cinquième. Dans le dernier annuaire statistique publié par la ville, la diphtérie figure pour 1,859 décès, sur un total de 56,666; elle représente, par conséquent, 3 pour 100 de la mortalité totale. La même progression a été observée dans les autres pays. Jusqu'ici, avons-nous dit, l'hygiène s'eet montrée impuissante. Est-ce à dire qu'elle doit se considérer comme vaincue dans cette lutte ? Non, sans doute, car on n'a encore pris jusqu'ici aucune mesure véritablement sérieuse. Il faut espérer que celles qu'autorisera la nouvelle loi sanitaire pourront avoir de meilleurs résultats. Une communication toute récente, faite à l'Académie de médecine par M. Nocard, au nom du docteur Dupouy, nous autorise à le croire (1).

L'expérience a été faite aux îles Saint-Pierre et Miquelon par le docteur Dupouy et à l'instigation de M. le gouverneur Feillet. La diphtérie y sévissait avec la même intensité qu'à Paris; en seize mois, elle avait enlevé soixante-trois enfants.

Quand il prit possession de son poste en août 1891, M. Feillet s'émut vivement des progrès incessants de la maladie ; d'accord avec le chef du service de santé, M. le docteur Dupouy, le gouverneur, usant de ses pouvoirs de police, prit, à la date du 15 octobre 1891, une série d'arrêtés organisant un service sanitaire, dirigé contre la diphtérie : déclaration obligatoire pour le médecin, désinfection, isolement, etc., etc.

Après une légère résistance, la population s'est volontiers prêtée à l'exécution de ces mesures dont elle a bientôt compris les avantages en les comparant aux résultats obtenus.

Ces résultats sont, en effet, vraiment probants :

Nous avons dit plus haut que, pendant les seize mois qui ont précédé la mise en vigueur de l'arrêté du 15 octobre 1891, 63 enfants étaient morts de diphtérie ; pendant les 21 mois qui ont suivi, on a enregistré seulement 18 décès ; la mortalité par diphtérie a donc baissé de près de 80 0/0.

Ces chiffres se passent de commentaires ; ils montrent toute l'importance de la déclaration obligatoire, de l'isolement et de la désinfection pour la prophylaxie de la diphtérie.

---

(1) Mesures prophylactiques contre la diphtérie, aux îles de Saint-Pierre et Miquelon. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 31 août 1893, t. XXX, p. 412.)

A propos des instillations de chlorure de zinc dans les fistules ossifluentes tuberculeuses

Nous venons de recevoir une brochure du docteur Paul Thiéry, dans laquelle il vante le traitement des fistules sus-nommées par le chlorure de zinc au 1|10 A côté de l'iodoforme et du naphtol camphré, qui s'adressent de préférence aux trajets provenant d'organes tuberculeux, comme les ganglions, l'épididyme, il faut mettre le chlorure de zinc souverain pour les tuberculoses osseuses localisées et qui modifie, non seulement les fongosites du trajet ; mais encore le point d'os malade.

La pratique de l'instillation est bien simple et consiste à pousser une injection au 1/10e ou au 20e, suivant les cas, avec une bonne seringue de Pravaz, garnie de monture en caoutchouc et d'une contenance de 5 à 6 grammes. La seringue à instillations uréthrales de M. Guyon, convient parfaitement dans ces cas ; il est nécessaire d'adapter à la seringue une aiguille tubulée assez longue pour pénétrer le plus loin possible dans le trajet fistuleux.

L'injection est peu douloureuse, et la cocaïne préalablement lancée dans les tissus peut prévenir toute souffrance. Le chlorure de zinc agit comme antiseptique, comme caustique et par son pouvoir sclérogène diffusible.

On comprend les bons résultats obtenus par le chef de clinique chirurgicale de la Pitié et les heureuses observations qu'il cite. Nous sommes absolument de son avis sur l'efficacité de ce traitement qu'il tend à vouloir vulgariser, car, il y a bien longtemps que le chlorure de zinc a été employé de cette façon, et nous nous rappelons en quelle estime il était tenu par un de nos premiers maîtres, le docteur Cras. Nous avons vu ce chirurgien injecter le chlorure de zinc dans des fistules tuberculeuses ostéopathiques et avec succès.

« L'apologie de cette substance, beaucoup trop délaissée en chirurgie » que médite notre ami Thiéry a, du reste, été faite par le docteur Bodet, dans une thèse de Paris.

Dans les tuberculoses ostéo-articulaires, le chlorure de zinc serait aussi d'un excellent effet et devrait être employé pour détruire les fongosites tuberculeuses, après une fongotripsie préalable ; M. Thiéry propose, en effet, d'ouvrir largement l'articulation atteinte et il réserve la préférence à l'incision transrotulienne et transolécranienne; puis après avoir ouvert les abcès, curetté soigneusement toutes les parties malades, d'écraser ce qui reste de tuberculeux en *écouvillonnant*, en *brossant* fortement les fongosites à l'aide d'un tampon d'ouate hydrophile, enroulé autour d'une forte pince à forcipressure et imbibé dans le chlorure de zinc.

Sans nous arrêter ici sur les procédés d'ouverture des articulations et en ne nous occupant que de la question des fongosités, nous pensons que dans les cas très avancés où tout ne peut être enlevé, cette pratique est recommandable ; mais elle ne doit pas faire oublier pourtant que le meilleur moyen de venir à bout des néoplasies tuberculeuses, est de les enlever aux ciseaux, de les poursuivre le plus loin possible, de fouiller tous les culs de sac, en ne s'arrêtant que lorsqu'on est arrivé sur des tissus sains. Nous sommes persuadé que c'est, du reste, l'avis du docteur Thiéry qui n'a voulu que préconiser un moyen susceptible de tenter un dernier effort avant d'arriver à un sacrifice par l'instrument tranchant. E ROCHARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 novembre 1893. — Présidence de M. Fernet.

Du traitement antiseptique direct des maladies infectieuses des cavités séreuses, pleurésies, péritonites, arthrites

M. Fernet a employé depuis déjà un certain temps les injections intra-pleurales antiseptiques dans le traitement des pleurésies infectieuses ; ce moyen peut d'abord s'appliquer aussi bien au péritoine et aux cavités articulaires qu'à la plèvre. M. Fernet rapporte quelques observations nouvelles qui montrent les résultats que peut donner ce procédé :

1° Tuberculose pleuro-péritonéale chez une femme de 51 ans ; épanchement pleural séro-fébrineux abondant et ne présentant aucune tendance à la disparition spontanée ; une première ponction est suivie de la reproduction du liquide ; alors, injection dans le liquide pleural, d'une solution iodo-iodurée ; dix jours après, une ponction évacue le liquide qui ne se reproduit plus ; amélioration très marquée de l'état général ;

2° Inflammation du péritoine et de la plèvre considérée d'abord comme tuberculeuse (le liquide de l'ascite avait donné lieu à la réaction de la tuberculine), puis semblant finalement se rattacher à un mal de Bright. Injection d'eau iodo-iodurée. Elimination très lente de l'iode par les urines (10 ou 12 jours). La production de liquide est enrayée ; quelque temps après, lavage à l'eau boriquée naphtolée. Le malade succombe dans le coma urémique. M. Fernet pense que l'eau boriquée naphtolée hâte la mort ; car les accidents suivirent de près l'injection de ce liquide ;

3° Pleurésie chronique infectieuse par staphylocoques ; lavages à l'eau boriquée naphtolée ; guérison rapide ;

4° et 5° Pleurésies typhoïdes ; injections d'eau borriquée naphtolée, guérison rapide ;

6° Arthrites blennorrhagiques ayant guéri par des lavages à l'eau boriquée naphtolée.

De ces diverses observations et de celles qu'il a recueillies antérieurement, M. Fernet tire les conclusions suivantes :

Le traitement des inflammations infectieuses des cavités séreuses (pleurésies, péritonites et arthrites), par le moyen des ponctions suivies d'injections antiseptiques, est rationnel, puisqu'il satisfait à la double indication d'évacuer le liquide épanché et de combattre l'infection dans son foyer.

Ce traitement est particulièrement applicable aux cas de moyenne gravité sous le rapport de la nature et de l'étendue de l'infection.

Il semble devoir céder le pas au traitement chirurgical, c'est-à-dire, à la large ouverture du foyer morbide lorsque, après quelques essais répétés dans un court espace de temps, le procédé des ponctions et des injections s'est montré insuffisant.

Des deux modes d'application des injections antiseptiques, à savoir les injections simples dans le foyer infectueux sans évacuation du liquide épanché, et, d'autre part, les injections précédées d'une ponction évacuatrice et d'un lavage de la cavité séreuse, chacun paraît avoir ses indications particulières ; le premier convient surtout à titre préventif, pour arrêter le développement d'une infection commençante ; le second est curatif de la maladie réalisée. Il prétend détruire l'infection dans son foyer et conduire ainsi à la guérison.

Pleurésie gauche hémorrhagique. — Démonstration de la nature tuberculeuse par inoculation du liquide pleurétique

M. Hanot présente l'observation d'un homme de 32 ans, robuste, sans autre antécédent morbide, qu'une fluxion de poitrine neuf ans auparavant, qui, à la suite de fatigue

et à l'occasion d'un refroidissement, présenta une pleurésie gauche pour laquelle il entra à l'hôpital le 14 mars dernier.

Le début de cette pleurésie ne fut pas aussi franc ni aussi brusque que celui des pleurésies à frigore.

Le point de côté et la dyspnée n'apparurent que huit jours après le coup de froid; les frissons ne se manifestèrent qu'avec le point de côté.

Le 17 mars, on pratiqua une ponction qui donna issue à deux litres 1/2 d'un liquide franchement hémorrhagique.

Après cette ponction, le liquide ne se reproduisit pas, l'état général du malade s'améliora, enfin il sortait guéri le 6 avril.

MM. Moutard-Martin, Grancher, Kelsch et Vaillard, Dieulafoy, Netter, ont montré que, plus encore que la pleurésie séro-fibrineuse, un épanchement hémorrhagique non symptomatique d'un cancer pleuro-pulmonaire est fonction de tuberculose. Chez le malade de M. Hanot, rien ne pouvait faire soupçonner que l'épanchement fut tuberculeux. Cependant l'inoculation du liquide à un cobaye vint en démontrer la nature. Le cobaye inoculé mourut quelques temps après de tuberculose généralisée.

Il est instructif de voir qu'une pleurésie, en apparence spontanée, chez un sujet exempt jusque-là de tuberculose et même de prédisposition familiale et personnelle, est le premier acte d'une infection bacillaire qui, peut-être, sera à jamais éteinte, qui, tout au moins va rester plus ou moins longtemps silencieuse.

Il est en outre à remarquer que, contrairement à ce qui arrive d'ordinaire, le liquide ne se reproduisit pas après la ponction chez le malade de M. Hanot; ce fait se rapprocherait donc des pleurésies franches observées par Wintrich, dans lesquelles la fluxion pleurale était tellement intense, qu'elle s'accompagne dès le début d'un épanchement hémorrhagique notable, et qui guérissent après une seule ponction. Il est fort possible que les pleurétiques de Wintrich aient été reconnus tuberculeux si l'inoculation aux animaux avait été faite.

M. Rendu pense qu'il serait très utile que la Société s'occupât de cette question encore très obscure. La pathogénie des pleurésies hémorrhagiques est, en effet, très loin d'être élucidée.

M. Netter a inoculé deux fois des cobayes avec du liquide de pleurésie hémorrhagique. Les deux fois, les animaux sont morts de tuberculose.

M. Netter fait remarquer que l'inoculation du liquide des pleurésies hémorrhagiques donne bien plus souvent des résultats positifs que celle du liquide des pleurésies séro-fibrineuses, même quand ces dernières sont sûrement tuberculeuses.

Sur un cas de filariose

M. Laveran communique l'observation d'un officier qui revenait du Soudan, et qui avait été traité à plusieurs reprises, au Tonkin et au Soudan, pour des fièvres palustres. Quand M. Laveran vit ce malade, le 1er novembre, il présentait une anémie profonde, de la fièvre, du malaise général, de la céphalalgie, des vomissements ; la rate était volumineuse. Le diagnostic de fièvre palustre semblait s'imposer. Mais en examinant le sang, M. Laveran trouva, au lieu de l'hématozoaire du paludisme, des embryons de filaires.

M. Laveran montre quelques préparations et des photographies de ces préparations.

Le malade n'avait d'ailleurs ni engorgement ganglionnaire, ni varices lymphatiques, ni œdème du scrotum, et il n'avait jamais présenté aucune de ces lésions, qui sont les manifestations ordinaires de la filariose.

La fièvre céda à la quinine ; mais il ne faudrait pas en tirer un argument contre le

diagnostic de filariose, car la quinine semble agir sur les filaires ; en effet, M. Laveran constata, dans un examen du sang de son malade, qu'un embryon de filaire très mobile mourait rapidement quand on faisait arriver sur la préparation une solution aqueuse de quinine à 1 p. 1000. De plus, l'amélioration du malade après l'absorption de la quinine coïncida avec la disparition des embryons de filaires dans le sang.

M. Laveran fait remarquer que tout d'abord les parasites, existaient dans le sang aussi bien la nuit que le jour. Au Congrès d'hygiène de Londres, en 1891, Manson a décrit trois espèces de filaires : *filaria, nocturna, diurna, perstans* ; les deux dernières espèces sont encore mal connues. Dans le cas de M. Laveran les embryons de filaires ressemblaient par leurs dimensions à ceux de la filaire nocturne, mais ils existaient le jour aussi bien que la nuit.

Ce fait démontre que la filariose peut donner lieu à des accidents généraux comparables à ceux du paludisme et que [Manson a déjà signalés ; l'examen du sang peut seul, dans des cas semblables permettre d'arriver à un diagnostic exact.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 novembre 1893. — Présidence de M. Chauveau

Sommaire : M. Pillet : Ulcérations de l'estomac produites par les essences.— MM. Dissard et Chabrié : Influence du froid sur la sécrétion urinaire.— M. Laborde : Mécanisme de la chloroformisation.

M. Pillet a pu, en introduisant de l'essence de reine-des-prés dans l'estomac d'un lapin, provoquer des eschares profondes rappelant absolument, par leur aspect, celles qui se produisent à la suite de l'ingestion de l'acide sulfurique. C'est là un fait remarquable, puisque les essences ne sont pas caustiques.

MM. Dissard et Chabrié ont étudié l'excrétion urinaire chez les animaux soumis à de basses températures. Des cobayes ont été soumis pendant un espace de temps variant de 7 à 8 minutes à des températures de — 70°. La quantité d'urine est très augmentée. En effet, normalement, le cobaye excrète 17 c. c. d'urine en 24 heures; soumis au froid il en élimine 48 c. c. La proportion d'urée s'élève de 0,2395 à 0,922. La proportion des phosphates étant de même augmentée, on peut dire que la réfrigération produit de la polyurie, de l'azoturie et de la phosphaturie.

M. Féré présente un jeune homme épileptique, venant depuis plusieurs années à Bicêtre qui, en quelques jours, sans changement de régime, a vu son poids diminuer de 7 kilogrammes. A une autre époque, son poids s'est augmenté de 16 kil. 500 en vingt-sept jours.

M. Laborde revient sur des expériences de M. Martin faites récemment devant la Société. Si on coupe la queue d'un lézard en résolution chloroformique, la partie détachée présente de vifs mouvements. Pour M. Martin, cela tiendrait à une action de l'encéphale sur les parties terminales sans anesthésie de la moelle. M. Laborde ne pense pas que l'on puisse accepter cette manière de voir. Si on plonge une grenouille décapitée dans le chloroforme, on voit qu'elle est plus vite anesthésiée qu'une grenouille intacte placée dans les mêmes conditions. D'autre part, l'excitation de la moelle de la grenouille décapitée et anesthésiée montre que cette moelle a conservé son excitabilité. Il résulterait de ces expériences que l'anesthésie ne dépend pas seulement de la perte de l'excitabilité myélitique, mais que les terminaisons nerveuses jouent un certain rôle dans ce phénomène. On peut dire que, dans l'expérence de M. Martin, la section de la queue du lézard

atteint la substance myélitique. L'excitation causée par la section amènerait alors les mouvements réactionnels.

M. Chauveau dépose une note de M. Dor (de Lyon), qui, dans certains extraits défermentés a trouvé le staphylocoque blanc.

COURRIER

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Bernheim (de Nancy) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le ministre de l'intérieur a décerné : 1o une médaille d'argent à MM. les docteurs Bataille (de Saint-Gervais-d'Auvergne), Laurant (de Lille) et Durand (médecin militaire); 2° une mention honorable à M. le docteur de Saint-Sardos (de Salvagnac), pour actes de courage et de dévouement.

— L'Association générale des étudiants de Paris fêtera la rentrée des écoles le samedi 18 novembre, à 9 heures du soir, à la Sorbonne, par une conférence de M. le professeur Grancher sur les travaux scientifiques de M. Pasteur, president d'honneur de l'Association.

— La crémation continue de faire de grands progrès aux Etats-Unis. Il y a actuellement 32 sociétés de crémation en pleine activité et 15 fours crématoires. Depuis ces cinq dernières années, il y a eu plus de 2,000 incinérations.

— Dans la dernière séance de l'Académie des sciences, M. Rollet, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon, a été élu membre correspondant national par 35 voix contre 5 données à M. Hergott (Nantes) et 1 bulletin blanc.

Faculté des sciences de Paris. — M. le professeur Dastre, commencera son cours de physiologie, rue de l'Estrapade, n° 18, le lundi 13 novembre 1893, à dix heures et demie et le continuera les mercredis et lundis suivants, à la même heure. — Il traitera du système nerveux et des organes des sens. Les expériences qui ne trouveront point place dans la leçon seront reproduites dans des conférences qui auront lieu chaque mardi, de une heure à trois heures.

M. le professeur Troost commencera son cours de chimie, rue Michelet, n° 3, le lundi 13 novembre 1893, à une heure, et le continuera les jeudis et lundis suivants, à la même heure. — Il exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermochimie; il fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons. Des manipulations, qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

M. le professeur Duclaux commencera son cours de chimie biologique, à l'Institut Pasteur, rue Dutot, n° 25, le mardi 14 novembre 1893, à deux heures et demie, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure. — Il étudiera le rôle agricole des microbes.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan reprendra dans l'amphithéâtre de l'admission, ses leçons cliniques, le vendredi 17 novembre, à dix heures du matin, et les continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure, Les conférences du mardi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie. Les études auront pour objet, cette année : Les délires systématisés dans les diverses psychoses.

Le microbe de la Dengue. — D'après une communication faite par M. Loughlin au Congrès médical panaméricain, tenu à Washington en septembre dernier, la dengue serait produite par un microrganisme spécial et qui se caractérise par ses groupe-

ments. Ce sont des cocci groupés autour d'un coccus central de plus gros volume et qui est peut-être une arthrospore. Le tout est englobé dans une matière amorphe. Ces cocci ainsi groupés forment des filaments qui, lors de la reproduction de ces bactéries, se désagrègent. L'auteur a constamment trouvé ces microrganismes dans les cas de dengue étudiés, et il n'a trouvé un groupement semblable dans aucun autre cas. Il a préparé sur gélatine des cultures pures de ces microrganismes, et c'est avec le violet de méthyl qu'il a obtenu les meilleures colorations de ces microbes. On trouve ces coccus dans le sang des sujets atteints de la dengue. (*Revue scientifique.*)

— On avait déjà constaté la multiplication considérable des cas de suicide et d'aliénation mentale pendant les épidémies de grippe; et notamment, en 1889-1890, à Paris, les suicides avaient augmenté dans la proportion de 25 p. 100. L'observation faite au cours de la recrudescence épidémique d'avril dernier confirme ce fait : pendant ce mois, le nombre des suicides, à Paris, a atteint rapidement son maximum, passant brusquement de 15 à 39. La moyenne des suicides à Paris pour le mois d'avril étant de 21, on voit que ce nombre a presque doublé sous l'influence de l'épidémie de grippe.

Hôpitaux de Berlin. — On se propose de créer, à Berlin, un nouvel hôpital municipal qui, dit-on, sera le plus grand hôpital de cette ville. On y adjoindra un asile pour les convalescents.

— On expérimente à Lorient, depuis quelques jours, le système de désinfection des matières fécales et autres, par l'électrolysation de l'eau de mer. — Ces expériences, analogues à celles faites au Havre, sont concluantes ; après traitement par l'eau de mer électrolysée, les matières, absolument décolorées, ne dégagent aucune odeur. (*Tablettes des Deux-Charentes.*)

Nécrologie. — Le docteur Fontrouge, de Saint-Laurent de la Cabresse (Aube). — Le docteur Molloy (Marie), de Paris. — Le docteur Labitte, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés de Clermont-sur-Aix, ancien député. — Le docteur Christafori, de Bastia. — Le docteur Lalesque (Jules), de la Teste (Gironde). — Le docteur Benoit, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier, décédé à l'âge de 81 ans. — Le docteur Desrosiers (J.-B.) père, de Montréal, décédé le 22 septembre à l'âge de 80 ans. — Le docteur Wilbrod Henault, de Montréal. — Le docteur Guillaume Prévost, de Saint Jérôme (Canada).

Corps de santé de la marine et des colonies. — M. le médecin de 2e classe J.-B. Vincent est désigné pour servir à la prévôté de l'île de Groix, en remplacement de M. Richer de Forges, promu médecin de 1re classe.

M. le médecin de 2e classe Lefebvre est désigné pour l'*Elan* (école de pilotage).

MM. Le Guay et Mac-Auliffe sont nommés étudiants à l'Ecole annexe de médecine navale de Brest.

MM. les médecins de 2e classe Houdart et Branzon-Bourgogne embarquent sur le *Shamrock.*

M. le médecin de 2e classe J.-B. Michel est désigné pour servir à la prévôté du 2e dépôt des équipages de la flotte, à Brest.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

LES ACCIDENTS DES INJECTIONS HYPODERMIQUES

Il nous faut, maintenant, passer en revue rapidement les accidents consécutifs à l'emploi des principaux médicaments usités en injections hypodermiques.

I

Les injections mercurielles sont parmi celles dont l'usage expose le plus à des complications variées. Dans un travail récent, fort documenté, M. Moïse Eudlitz a réuni un grand nombre de faits qui prouvent que, si la méthode de traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées a ses avantages, elle a aussi ses dangers.

En premier lieu, la stomatite mercurielle se produit aussi facilement lorsque le mercure est introduit sous la peau, que lorsqu'il est donné par la voie buccale ; elle dépend, comme toujours, du mauvais état de la bouche et du défaut de soins du malade. Cependant on a reproché spécialement aux injections de sels insolubles d'exposer plus que les autres aux accidents buccaux, puisqu'il est impossible, une fois qu'elles sont faites, de diriger l'absorption du médicament. En fait ces injections, dont c'est là le gros inconvénient, n'agissent pas autrement que tout autre mode d'administration de mercure. Mais, si « le mercure est toujours le mercure » (Balzer), il n'en est pas moins vrai que les injections massives faites avec des sels insolubles, peuvent déterminer des accidents très graves du côté de la bouche, des stomatites « devenant phlegmoneuses, gangréneuses, horribles » et M. le professeur Fournier, à qui nous empruntons cette collection d'épithètes, cite un cas de M. Hallopeau dans lequel une injection d'huile grise entraîna de la glossite, un phlegmon de la joue avec phénomènes généraux graves et finalement la mort. Il est juste de dire qu'avec les sels solubles, dont il est facile de graduer l'emploi, les cas graves de stomatite sont beaucoup moins à redouter. L'accident ne s'en produit pas moins et M. Terrillon a constaté que « l'injection d'un centigramme de sublimé, répétée quotidiennement, donne lieu à la salivation vers le troisième ou le quatrième jour dans la plupart des cas, et qu'à partir de cette époque il y a indication nécessaire à espacer les injections, c'est-à-dire à ne plus les pratiquer, pour se garder d'offenser la bouche, que tous les deux ou trois jours, etc. »

Les phénomènes gastro-intestinaux se produisent avec les injections mercurielles comme avec toute autre méthode (Fournier). Cependant, M. Eudlitz regarde ces accidents comme rares à la suite de l'injection des sels mercuriels sous la peau. Il cite, et ce n'est pas à l'appui de son opinion, les expériences de Michœle qui est arrivé aux résultats suivants : Les traitements les plus compromettants pour le tube digestif sont :

le sublimé et le protoiodure administrés par la voie gastrique, les injections de sublimé, de succénimide mercurique et d'albuminate de mercure.

La douleur est un des inconvénients les plus sérieux des injections des composés mercuriels. Elle varie beaucoup d'un endroit à un autre et, comme beaucoup d'auteurs, M. Eudlitz a pu constater qu'une injection faite dans des conditions identiques avec la même substance, provoque tantôt une douleur intense, tantôt une gêne à peine sensible. Parfois, les souffrances restent localisées à l'endroit ou la piqûre a été faite, d'autres fois elles s'irradient et dans des cas malheureux, une sciatique a été la suite d'injections faites à la région fessière. M. le professeur Fournier a remarqué qu'à la suite des injections de sels mercuriels solubles, la douleur se manifestait par une sorte d'hyperesthésie de la région piquée qui devenait douloureuse en masse. Parmi les préparations insolubles, l'huile grise semble être la mieux tolérée; chez certains malades cependant, les douleurs persistent encore un an après l'injection. Dans un cas rapporté par M. le professeur Fournier, les injections d'huile grise provoquèrent à deux reprises chez une jeune femme des crises névralgiques atroces dans la fesse et le membre correspondant. Ce sont là des faits heureusement rares et on peut dire qu'en général les douleurs se dissipent rapidement.

Les nodi, les placards d'induration se produisent très fréquemment surtout consécutivement à l'emploi des sels insolubles. Cheminade (cité par M. Eudlitz) décrit l'évolution des indurations et la manière suivante : après les injections de calomel, le nodus se produit le 2e ou le 3e jour. On sent alors un noyau dur, gros comme une noisette, occupant le tissu cellulaire sous-cutané. Puis, le nodus grossit et il se forme, autour de lui, une zone indurée, moins dure que le nodus lui-même. L'empâtement peut occuper un espace de 8 à 10 millimètres de diamètre. Le nodus peut durer de quelques jours à quelques semaines. M. le professeur Fournier a comparé les indurations qui résistent aux injections de sels solubles à de petites gommes crues ou à des fibro-lipômes; il les a vues développer autour d'elles une sorte d'atmosphère hyperesthésique entraînant des troubles fonctionnels divers, variables suivant les régions. Chez une de ses clientes, injectée au bras, le membre était devenu bosselé, difforme, presque impotent; la malade, infectée par la vaccination, avait subi 35 piqûres qu'elle avait trouvées fort douloureuses.

Les nodosités, les infiltrations peuvent se transformer en abcès. C'était là un des accidents les plus fréquents au début de l'emploi des injections hypodermiques de mercure, mais actuellement il est beaucoup moins à redouter.

Pour M. Eudlitz, lorsque l'on emploie les sels solubles, les abcès tiennent toujours à une faute opératoire du praticien. Personnellement en s'astreignant aux règles d'une minutieuse antisepsie, il n'a pas eu un seul abcès sur plus de 100 injections faites avec le sozoiodolate de mercure. Avec les sels insolubles la suppuration est plus fréquente; ou plutôt il se produit très fréquemment une sorte de nécrose locale sur laquelle nous avons suffisamment insisté pour n'y plus revenir. Les petites doses sont beaucoup moins phlogogènes que les doses fortes, mais il faut bien savoir que l'opé-

rateur le plus expérimenté peut ne pas être à l'abri d'une complication qui tient à la nature même du corps injecté.

Nous passerons rapidement sur les crises hystériques, les vertiges qu peuvent suivre les injections mercurielles.

Beaucoup d'auteurs ont vu ces injections déterminer une élévation notable de la température qui monte à 38° et même à 40° ; la pathogénie de cette fièvre n'est pas élucidée.

L'albuminurie a semblé quelquefois suivre la médication. (Wellander, Arnaud, Ducastel) et Quinqaud a noté de l'azoturie. Deux cas de glycosurie passagère ont été observés par Arnaud, consécutivement à des injections de succinimide

Des embolies pulmonaires se sont produites lorsque le liquide mercuriel avait été poussé dans une veine. Il est évident que, dans ce cas, l'opérateur est le seul coupable, car il est toujours possible de vérifier en séparant la canule du corps de la seringue si la première a pénétré dans un vaisseau.

Des cas de mort ont été signalés surtout à la suite des injections de sels insolubles. Runeberg, Vogeler, Eudlitz les ont réunis et commentés. On comprendra qu'il nous soit impossible de reproduire, même en abrégé, tous ces faits, et nous dirons seulement que, de la lecture attentive de ces observations, il résulte que, dans la grande majorité des cas, la mort a été causée par une erreur de dose, par une faute consciente ou inconsciente et qu'en prenant des précautions minutieuses, il sera toujours possible de ne pas redouter de graves complications.

Cependant il est certain que, même avec des doses n'ayant rien d'exagéré, les injections mercurielles insolubles peuvent entraîner le développement des accidents de l'hydrargyrisme aigu : dysentérie mercurielle, albuminurie et anurie, symptômes généraux graves, abaissement considérable de la température, palpitations, etc. Or, comme une fois que l'on a fait une injection de sel insoluble, on est forcé d'assister impuissant à la résorption progressive du mercure, les accidents de ce genre ont conduit à faire, soit une ponction aspiratrice dans le foyer, soit, procédé plus radical, de larges incisions évacuatrices. (Leser). C'est là une extrémité fâcheuse et, sans discuter ici les indications respectives des injections de sels solubles et de sels insolubles, nous admettrons cependant que les premières sont préférables, car elles permettent de graduer l'administration du médicament.

(A suivre.)

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

MÉDECINE

Arthropaties hérédo-syphilitiques. — Les arthropathies hérédo-syphilitiques ne sont pas extrêmement rares. Elles sont très souvent consécutives à des lésions osseuses voisines. M. Alfred Fournier en a décrit deux formes principales : 1° arthralgie simple ; 2° arthropaties avec lésions, comprenant trois variétés : hydarthrose, pseudo-tumeur blanche syphilitique (1), arthropathie déformante. Toutes ces manifestations articulaires

(1) Ranguedat, *Arthropathies dans la syphilis héréditaire*. Thèse, 1883.
Dureuil, *Contribution à l'étude des pseudo-tumeurs blanches syphilitiques*. Thèse, 1880.
Méricamp, *Arthropathies syphilitiques tertiaires*. Thèse, 1882.

cédant rapidement au traitement spécifique, il est extrêmement important de reconnaître leur nature ; il faut donc toujours avoir l'attention éveillée de ce côté, car les erreurs sont fréquentes.

En 1886, M. Clutton a décrit, sous le nom de *synovite symétrique des genoux*, une forme d'arthropathie particulière à l'hérédo-syphilis. Sa valeur diagnostique est donc, pour cet auteur, considérable.

Les lésions articulaires peuvent être complexes et très profondes ; l'observation suivante est, à ce titre, très instructive.

M. Bowlby rapporte l'histoire d'un malade qui mourut à l'âge de 20 ans, après avoir présenté des manifestations articulaires et osseuses multiples, très probablement d'origine syphilitique.

A 13 ans, il avait eu une arthrite légère du genou gauche. Un an plus tard, au niveau de ses tibias se produisaient des tuméfactions ; l'une d'elles aboutit à la suppuration au bout de plusieurs mois. Le malade entra alors à St.-Bartholomew's Hospital et y passa quelques mois. Il y revint un an plus tard pour une nouvelle ulcération de la jambe, et, peu après, il présentait de l'arthrite des genoux et des coudes, avec épanchement assez abondant. Ces arthrites persistèrent jusqu'à la mort ; elles s'accompagnèrent de tuméfactions gommeuses multiples, siégeant au niveau du front, du bras, du maxillaire inférieur ; quelques-unes aboutirent à la suppuration ; l'humérus était en même temps atteint d'ostéite chronique. La dégénérescence amyloïde des viscères amena la mort.

A l'autopsie, outre les masses gommeuses, d'anciennes cicatrices du larynx et la dégénérescence amyloïde des reins, du foie et de la rate (ces deux derniers organes étaient très hypertrophiés), on trouva des lésions articulaires et osseuses multiples (genoux, coudes, épaule droite, tibias, humerus). Les lésions articulaires étaient partout analogues : épaississement de la synoviale, hypertrophie de ses franges ; liquide articulaire abondant et épais ; lésions des cartilages variables par places ; épaississement, végétations, destruction ; ostéite raréfiante sous les cartilages, avec dépôts de substance caséeuse par places ; ligaments intacts, pas d'ankylose.

Il était évident que toutes ces lésions étaient de nature syphilitique ; les lésions cartilagineuses cependant, n'étaient pas celles que l'on rencontre ordinairement dans la syphilis. M. Bowlby pense qu'elles étaient en grande partie consécutives aux lésions osseuses sous-jacentes et les rapproche de celles que Virchow a décrites.

M. Jonathan Hutchinson pense qu'il n'y a pas beaucoup de différences entre les lésions articulaires de la syphilis héréditaire et celles de la syphilis acquise ; mais que l'arthrite symétrique des deux genoux survenant au moment de la puberté (comme chez le malade de M. Bowlby), est particulière à l'hérédo-syphilis.

(*Royal med. and Chir. Society*, 24 octobre.)

Oreillons des glandes sous-maxillaires et sub-linguales

On sait que toutes les glandes salivaires peuvent être atteintes dans l'affection ourlienne. Tout récemment, à la Société médicale des hôpitaux (1), M. Catrin établissait, d'après une série de 159 cas, que 50 fois sur 100 les glandes sous-maxillaires participent au processus, et M. Antony rappelait que souvent la tuméfaction de ces glandes précédait celle des parotides. Mais il est rare d'observer l'affection ourlienne uniquement localisée aux glandes sous-maxillaires ou aux glandes sub-linguales. M. Wertheimer rapporte trois cas d'oreillons sous-maxillaires qu'il a récemment observés. Chez un enfant de huit ans et demi, la glande sous-maxillaire droite commença à se tuméfier

(1) Voir l'*Union médicale* du 17 octobre.

tandis que la température s'élevait à 40° et que se montraient des phénomènes généraux : céphalalgie, anorexie, insomnie, etc. Le troisième jour, la glande du côté opposé se prit à son tour ; les parotides étaient indemnes. Vers le huitième jour, la fièvre tomba, et le gonflement des glandes sous-maxillaires disparut. Quinze jours plus tard, la mère à son tour était atteinte d'oreillons qui frappaient cette fois les parotides.

Les autres cas que M. Wertheimer a observés sont analogues à celui-ci.

La tuméfaction des ganglions lymphatiques sous-maxillaires, la périostite de la mâchoire inférieure due à des dents cariées, l'angine de Ludwig, etc., pourraient être prises pour des oreillons sous-maxillaires.

M. Wacher a observé quatre cas semblables à ceux de M. Wertheimer, survenus dans une même famille. Dans ces quatre cas, les glandes sous-maxillaires étaient tuméfiées, tandis que les parotides étaient indemnes. Et l'on ne peut douter qu'il se soit bien agi de la maladie ourlienne, car, quatorze jours plus tard, la mère des enfants et trois autres personnes de la même maison furent atteintes d'oreillons typiques.

(*Münch. med. Woch.*)

Tuberculine dans la phtisie

Tous les auteurs n'ont pas encore perdu l'espoir d'obtenir avec la tuberculine la guérison des tuberculeux.

M. Thorner a fait récemment à la *Société de médecine de Berlin* une communication sur les résultats que lui avait donnés cette substance qu'il emploie depuis deux ans. Ces résultats seraient satisfaisants : diminution de la toux et de l'expectoration, disparition de la diarrhée, disparition de la fièvre hectique et des sueurs nocturnes, etc., etc. Dans les cas de tuberculose laryngée, l'amélioration des malades aurait été également tout à fait remarquable.

M. Thorner n'a constaté chez ses malades aucun des mauvais effets que l'on reproche à la tuberculine. Il prescrivait d'abord cette substance à la dose de un vingtième de milligramme par 24 heures, en dix injections ; puis la dose était progressivement augmentée jusqu'à atteindre 1 milligramme au bout de quatre semaines, 2 milligrammes la septième semaine, 5 milligrammes à la fin de la dixième.

Les doses pourraient même être encore augmentées suivant les cas. La perte de l'appétit, la pâleur de la peau, la décoloration des muqueuses et aussi la fièvre persistant après la quatrième semaine, indiquent qu'il est utile d'interrompre le traitement.

M, Leyden répondit à M. Thorner que l'on doit employer la tuberculine avec la plus extrême prudence, et seulement dans quelques cas spéciaux ; qu'il ne pouvait en outre partager les opinions de l'auteur au sujet des résultats obtenus.

M. Ewald fit remarquer que cliniquement et expérimentalement, la tuberculine ne possède aucune action spécifique ; les recherches de Pfuhl l'ont bien démontré ; d'ailleurs on a abandonné aujourd'hui la tuberculine à cause des dangers qu'elle fait courir aux malades. (*Deut méd. Woch*, septembre 1893.)

Aphasie avec hémianopsie, anosmie et hémiplégie droite. — M. Mantle publie un cas d'aphasie motrice et sensorielle avec hémianopsie, anosmie et hémiplégie droite. Le malade était un artiste de 41 ans, qui avait eu une légère attaque d'aphasie motrice neuf ans auparavant, après des phénomènes épileptiformes passagers. Il y a un an, ce malade se réveilla un matin avec de l'aphasie, de l'engourdissement et de la parésie de la jambe et du bras droits ; en quelques jours, il y avait une paralysie complète du mouvement et de la sensibilité. Le malade était à ce moment capable de ma-

nifester sa pensée en écrivant, il pouvait lire et comprenait ce qu'il lisait. Onze semaines après, les troubles augmentèrent ; il ne comprenait plus les mots tout en entendant les sons ; il fut complètement aveugle pendant qnatorze jours, avec conservation du réflexe pupillaire et sans névrite optique ; quand la vue revint, on trouva une hémianopsie droite, et l'anosmie du côté droit était notée à ce moment ; le malade ne pouvait plus du tout écrire. L'aphasie motrice, la surdité verbale et les troubles de la vue disparurent complètement quelque temps après. Le malade était soupçonné de syphilis, aussi l'avait-on soumis au traitement mercuriel et ioduré. En août 1893, l'hémianopsie reparut, accompagnée de paralysie linguale ; en septembre, aphasie motrice, suivie une semaine après d'aphasie sensorielle, semblable à celle de l'année précédente, mais sans agraphie. Actuellement, l'amélioration se fait progressivement. M. Mantle pense que tous ces troubles sont dus à une thrombose artérielle, affectant principalement les branches de la méningée moyenne du côté gauche. (*Leeds and West Riding*, med.-chir. Society, 13 octobre.)

Pipérazine dans le diabète

M. Gruber a employé la pipérazine dans un cas de diabète, à la dose de un gramme par jour dans une solution aqueuse, à prendre en trois fois (une demi-heure ou une heure avant chacun des trois repas). Ce traitement fut continué pendant cinq semaines ; d'autre part, le malade restait soumis à un régime antidiabétique. Le sucre diminua peu à peu dans les urines, et tandis que celles-ci en contenaient 6 p. 100 au commencement du traitement, elles n'en renfermaient plus à la fin que 4 p. 100. D'autre part, l'auteur fait remarquer que le malade avait de la diarrhée et qu'il diminua légèrement de poids. Son état général semblait beaucoup plus satisfaisant. Quant à l'albuminurie, elle ne s'est montrée chez lui à aucun moment.

M. Gruber pense que la pipérazine a agi dans ce cas, en empêchant la transformation du glycogène en sucre. (*Centralbl. f. d. ges. Ther.* Septembre 1893.)

Pipérazine dans la goutte

M. Biensenthal a expérimenté la pipérazine sur des animaux chez lesquels il avait préalablement produit des dépôts uratiques dans le cœur, le péricarde, le foie, les reins, et cela au moyen de chromate de potasse (2 centigrammes), selon la méthode d'Ebstein.

Sur 112 animaux, vingt-neuf furent traités par la pipérazine, trente-six par différentes substances ; le reste fut gardé pour servir de contrôle. La pipérazine était donnée soit sous la forme pilulaire à la dose maxima de 0 gr 75 par jour, soit sous la forme d'injection sous-cutanée. Ces animaux furent sacrifiés du 2e au 7e jour et l'on ne trouva dans leurs organes aucun dépôt d'urates. Quant aux substances diverses (borax, lithine, phosphate de soude) qui furent données à d'autres animaux, elles ne produisirent aucun résultat efficace et l'on trouvait, chez ces animaux sacrifiés, de nombreux dépôts d'urates. La pipérazine semble donc être le meilleur dissolvant de ces dépôts. Les expériences de M. Biensenthal sont confirmatives des recherches de M. von Meisel. Quant à l'albuminurie, que M. Rœhring a signalée à la suite du traitement par la pipérazine, M. Biensenthal pense qu'elle ne se produit pas et que M. Rœhring a pris pour un précipité albumineux le précipité que donne l'acide picrique avec la pipérazine.

(*Soc. méd. de Berlin*).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 novembre 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Dispositions administratives pour la prophylaxie du choléra

M. Monod. — Une épidémie de choléra très grave a sévi aux Indes en 1891 et elle a entraîné la mort de plus de 600,000 personnes. Au commencement de 1892, le choléra gagna la Perse, la mer Caspienne, la Russie et Hambourg. Puis le 28 août la maladie apparut à Nanterre, plusieurs communes de Seine et Seine-et-Oise furent envahies ; enfin, le Havre était atteint de son côté. L'administration avait donc à lutter contre deux épidémies : l'une intérieure, l'autre extérieure, cette dernière était en dehors de son action.

La loi de 1892, mal conçue, a beaucoup gêné les prescriptions administratives. Le rôle de l'administration est d'être le docile instrument de la science. Il est indispensable de signaler les premiers cas observés, la déclaration doit être obligatoire. Ensuite, il faut empêcher la transmission directe et indirecte. En 1892, on est parvenu à empêcher l'épidémie extérieure de franchir la frontière et on a combattu efficacement l'épidémie intérieure.

Il a été nécessaire d'envoyer des médecins inspecteurs et des étuves à désinfection sur un grand nombre de points différents du territoire. Ce sont là des mesures qui ont rendu de grands services et qui en rendront de plus grands encore quand la déclaration sera devenue obligatoire. A Pantin, l'administration centrale possède un matériel de désinfection suffisant pour répondre à un grand nombre de demandes.

A la frontière terrestre, un grand nombre de postes sanitaires ont été établis ; de Dunkerque à Delle, il y en avait 32. On délivrait des passeports sanitaires aux voyageurs en bonne santé et les malades étaient isolés dans des lazarets. Naturellement, on désinfectait tous les objets, effets et linges, suspects d'une souillure cholérique.

Dans les ports de commerce, on a eu surtout recours à la désinfection des navires, et cette désinfection a permis de supprimer presque complètement les quarantaines si nuisibles au commerce. Les vaisseaux qui partent de France étaient soumis aux mêmes opérations que ceux qui venaient des pays contaminés, de telle sorte que l'on pouvait leur délivrer une patente nette. 639 navires sont sortis du port du Havre pendant l'épidémie et aucun d'eux, grâce aux mesures prises, n'a transporté le choléra.

On peut conclure de ces faits que, dans les ports, la visite médicale et la désinfection au départ sont appelées à remplacer les quarantaines.

M. Rochard a été élu vice-président en remplacement de M. Le Fort, par 55 voix sur 63 votants M. Besnier a eu 3 voix ; M. Guyon, 1, et M. Fournier, 1.

BIBLIOTHÈQUE

Guide sanitaire des troupes et du colon aux colonies, par le docteur Villedary, Médecin-major de 2e classe, ancien médecin des ambulances du corps expéditionnaire du Tonkin. — Société d'éditions scientifiques. Paris, 1893.

Donner à l'Européen transplanté aux Colonies une règle de conduite précise et sûre s'appliquant à chaque acte de sa vie journalière, lui fournir les moyens certains de conserver sa santé sous ces climats dangereux, ceux de la rétablir si elle s'y est altérée ; en

un mot, présenter sous une forme concise, compréhensible à tous et pourtant scientifique, les notions d'hygiène, de prophylaxie et de thérapeutique coloniales, ordinairement éparses en des traités respectivement afférents à chacune de ces matières ou bien diffusées dans des ouvrages didactiques volumineux, tel est le problème qu'a résolu l'auteur. Il l'a fait avec une compétence toute spéciale, acquise par plusieurs années de séjour colonial, et qui, depuis, s'est affirmée dans une série de conférences fort remarquées, faites par lui aux officiers du groupe des bataillons d'infanterie de marine, auxquels il était attaché.

Plus spécialement consacré à l'armée, c'est-à-dire traitant toutes les questions d'hygiène collective, l'ouvrage fait, avant tout, une large place à l'hygiène individuelle, si bien que, s'il constitue pour l'officier, le sous-officier, le chef de garnison, de poste, de détachement ou de colonne, comme pour le simple homme de troupe, un véritable vade mecum hygiénique et médical, de même aussi il fournira à l'habitant civil de nos colonies, quel qu'il soit : fonctionnaire, industriel, commerçant, explorateur, tous les renseignements qui lui sont nécessaires, toutes les indications qui le guideront dans les précautions à prendre contre le climat ou contre la maladie.

COURRIER

Opinions de la Presse médicale sur l'incident Cornélius Herz a l'Académie de médecine.

Gazette hebdomadaire, sous la signature de M. Lereboullet. — L'Académie de médecine n'a pas voulu accepter le rôle qu'on prétendait lui imposer, nous estimons qu'elle était dans son droit en se refusant à écouter un rapport qui ne pouvait être l'objet d'un débat public. Alors même qu'une lettre officielle, signée de M. le Président du Conseil, l'eût invitée à accepter le dépôt dans ses archives ou mieux encore à approuver ou à improuver les conclusions de l'expertise faite par deux de ses membres, l'Académie eût été en droit de répondre par la question préalable à cette communication... « L'avenir, le pronostic de la maladie, a dit M. Brouardel, constituent le second élément du secret... » Sans doute, le secret a été divulgué par les médecins anglais et le *British medical Journal* a longuement discuté le diagnostic et le pronostic d'une maladie au sujet de laquelle tant de discussions oiseuses ont été soulevées. Sans doute, aussi, les conclusions du rapport de MM. Brouardel et Dieulafoy sont relativement rassurantes pour le malade qui paraît être un névrosé convalescent plutôt encore qu'un cachectique à bout de forces. Ne peut-on soutenir cependant que, même à ce point de vue, le secret devait être gardé ? La notoriété d'un fait médical, quel qu'en soit le caractère, ne peut relever du secret professionnel le médecin ou l'avocat dont les déclarations transformeront toujours en un fait certain et avéré ce qui n'avait été jusqu'alors qu'un fait peut-être divulgué, mais livré à la controverse.

Pour tous ces motifs, l'Académie devait s'abstenir.

Gazette des Hôpitaux. — L'académie n'aime pas, en général, à se mêler de ce qui ne la regarde pas; mais il n'en est pas moins vrai qu'elle s'est montrée quelque peu sévère à l'égard de deux collègues très généralement estimés et qui ont pensé ne pouvoir mieux faire que de placer leur communication sous le patronage de cette « Académie « dépositaire des traditions d'honneur professionnel et de bonne foi scientifique ».

Gazette médicale. — L'Académie avait le droit de se déclarer étrangère à celle-ci, et d'interdire la tribune à un document dont la lecture en séance publique aurait pu être interprétée à son actif dans le sens de participation morale ou d'adhésion.

Il semble que, par le refus d'écouter une lecture non préalablement autorisée par elle, l'Académie ait voulu affirmer à la fois l'indépendance de la tribune et le droit de contrôle qu'elle se réserve d'exercer sur toute communication ou présentation faite par l'intermédiaire de celle-ci.

Revue générale de médecine et de thérapeutique (Journal des Praticiens). — Toujours désireux de renseigner impartialement ses lecteurs, le *Journal des praticiens* a pu se procurer le rapport qui a donné lieu aux incidents dont on a lu le récit plus haut.

Nous nous associons aux protestations de la Savante Compagnie. Tout médecin soucieux de l'honneur professionnel et respectueux du secret médical partagera cette légitime indignation.

Journal des connaissances médicales. — A la suite d'un incident très vif, provoqué par MM. Larrey, Besnier et Bouchardat, et dont MM. Dieulafoy et Brouardel ont fait les frais, l'Académie de médecine a refusé d'entendre un rapport, non provoqué par elle, sur la santé d'un malade célèbre. Cette assemblée a pensé, et le monde médical tout entier sera de cet avis, que sa dignité n'avait rien à gagner à se laisser transformer en agence de publicité.

« *La Tribune médicale* ». — Cet incident peut et pourra être apprécié et interprété de façons très diverses, selon le point de vue auquel on se sera placé. Quant à nous laissant de côté toute question plus ou moins étrangère au terrain scientifique et médical proprement dit, qui est le seul et vrai terrain de la compétence et de l'intervention de la Compagnie savante, et ne croyant pas même devoir attribuer à la question de responsabilité collective la signification et l'importance dont plusieurs de nos collègues ont paru se préoccuper outre mesure, voici ce que nous pensons et croyons devoir dire de cet incident, à beaucoup d'égards regrettable :

Si la déclaration très nette portée à la tribune par M. BROUARDEL, officiellement autorisé et abrité par M. le ministre de l'intérieur, président du Conseil, a été l'expression vraie et sincère — ce dont personne n'a le droit de douter — de l'intention et du désir de pratiquer, à l'égard de l'Académie, un acte de déférence, en lui apportant la primeur pe la communication dont il s'agit, il faut convenir que l'attitude de l'Académie, quels qu'aient été, d'ailleurs, ses mobiles, a été loin de répondre à cet acte de déférence, tant vis-à-vis du premier représentant du gouvernement, que des deux honorables collègues en cause. V. L.

La Semaine médicale. — Pas d'opinion.

Le Bulletin médicale. — Pas d'appréciation.

La Médecine moderne. — Rien.

La France médicale. — Rien.

Et la liberté de la Presse ! !

HÔTEL-DIEU (cours de clinique chirurgicale). M. le professeur Duplay commencera son cours le mardi 21 novembre 1893, à 9 heures et demie du matin et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : Lundi, visite et examen des malades (salles des hommes); mardi leçon clinique et opérations. Amphithéâtre de la cilnique, à 9 heures et demie; mercredi, visite et examen des malades (salle des femmes); jeudi, opérations (chirurgie abdominale); vendredi, leçon clinique et opérations. Amphithéâtre de clinique, à 9 heures et demie; samedi, exercices gynécologiques : salle des femmes et amphithéâtre de gynécologie.

Enseignement complémentaire et exercices cliniques du soir : 1° Conférences de séméiologie et méthodes d'exploration clinique, par M. le Dr Demoulin, chef de clinique. Mardi, à 5 heures (amphithéâtre de la clinique);

2° Exercices cliniques. Examen des malades par les élèves, sous la direction de M. le Dr Demoulin. Jeudi et samedi, à 5 heures;

3° Conférences de gynécologie. Méthodes d'exploration gynécologique, par M. le Dr Beurnier, chef des travaux gynécologiques. Lundi, à 5 heures (amphithéâtre de gynécologie);

4° Exercices de gynécologie. Examen des femmes par les élèves, sous la direction de M. le Dr Beurnier. Mercredi, à 5 heures;

5° Conférences et exercices pratiques d'anatomie pathologique et de bactériologie, par M. Cazin, chef du laboratoire. Vendredi, à 5 heures (laboratoire de la clinique).

MM. les élèves qui voudront prendre part aux travaux du soir sont priés de se faire inscrire auprès de MM. Demoulin, Beurnier ou Cazin.

Hopitl Saint-Louis. — *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Le professeur Alfred Fournier commencera ce cours le vendredi 17 novembre, à 10 heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Le legs Bouisson a la faculté de Montpellier. — Mme Bouisson, veuve de l'ancien doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, décédé il y a quelques années, vient de mourir. Par son testament, elle lègue aux Facultés et à des œuvres, divers dons s'élevant à 1,500,000 francs. Voici celles de ces donations qui intéressent le corps médical :

1° Le château de Grammont, situé à 2 kilomètres de Montpellier, et le terrain y attenant qui comprend 100 hectares plantés en vignes. Ce domaine, évalué à 1 million de francs, servira à une fondation scientifique et charitable que la Faculté de médecine devra ériger;

2° Une somme de 500,000 francs léguée à la Faculté de médecine, qui sera destinée à payer les droits de succession et l'achèvement des constructions.

3° Une somme de 40,000 francs dont la rente servira à donner des prix aux élèves de la Faculté de médecine. A la mort de son mari, la testatrice avait déjà donné dans ce but, 100,000 francs ;

4° Les collections et œuvres d'art sont partagées entre le musée de Montpellier, la Faculté des sciences, l'Ecole de médecine et la Société archéologique.

Responsabilité en matière d'accidents causés par les animaux. — D'un jugement récent de laCour d'appel de Nîmes, il résulte que le propriétaire d'un animal ayant causé un accident doit répondre de tout le dommage causé par l'accident et non pas seulement des suites directes de celui-ci. Ainsi, bien qu'il ne soit pas prouvé qu'une personne mordue par un chien enragé soit atteinte de la rage proprement dite, mais seulement d'hystérie rabiforme, la responsabilité du propriétaire de l'animal n'en existe pas moins.

Dans le cas présent, il s'agissait d'un sieur G... qui, ayant été mordu par le chien d'un sieur J... apprit que ce chien était enragé. Il se fit soigner à l'Institut Pasteur; mais, ayant ressenti plus tard des troubles nerveux, il assigna le sieur J... devant le tribunal civil.

Après enquête, contre-enquête, rapports d'experts (Grasset, Jaume, Estor et Vigouroux) qui conclurent à de l'hystérie rabiforme, tout en réservant le pronostic pour l'avenir, la Cour de Nîme a alloué au demandeur 11,000 francs de dommages-intérêts et condamné le défenseur aux dépens.

— Dans sa dernière séance d'assemblée générale, le Conseil d'Etat a adopté un projet de règlement rendu en exécution de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine. Ce décret a pour but : 1° de reviser les tarifs du décret du 18 juin 1811, pour

les honoraires et frais des médecins, et 2° de réglementer les conditions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux.

En voici les principales dispositions : au commencement de chaque année judiciaire, les cours d'appel désignent, sur la proposition des tribunaux de première instance, les docteurs en médecine à qui elles confèrent le titre d'expert devant les tribunaux. Ceux-ci doivent être Français, avoir 5 ans d'exercice et demeurer dans le ressort. En dehors des exceptions prévues par le Code d'instruction militaire, et sauf en cas d'empêchement des titulaires de l'arrondissement, les opérations d'expertise ne peuvent être confiées qu'à un docteur ayant le titre d'expert.

Viennent ensuite les tarifications ainsi fixées : visite, avec premier pansement, 8 francs ; opération, 10 francs ; autopsie, 25 ou 35 francs, suivant qu'elle a lieu avant ou après inhumation ; tout rapport écrit et toute déposition devant les magistrats donnent droit à une vacation minimum de 5 francs. Pour tout transport au delà de 2 kilomètres, il est alloué 20 ou 40 centimes par kilomètre parcouru, suivant que le transport a lieu en chemin de fer ou autrement. En cas de séjour forcé des experts en cours de voyage, ils reçoivent 10 francs par jour à titre d'indemnité.

Relevée dans le Bulletin municipal officiel du mardi 14 novembre, cette phrase d'un conseiller municipal : Nous avons été exposé, Messieurs, à voir dans nos hôpitaux deux princes du scalpel s'escrimer... sur le ventre de *nos malades.* » C'est du dernier Louis XIV, *nos hôpitaux, nos malades*, notre bonne ville de Paris ! pourquoi pas ?

— Il n'est pas toujours rose de soigner les grands de la terre. Le Dr Schwenninger le médecin de Bismarck vient de s'en apercevoir. Il est vrai que son puissant patron, du temps de sa splendeur, a su reconnaître ses bons offices de façon assez royale. Il peut bien en pâtir un peu maintenant. Cependant il est juste de dire qu'actuellement l'attitude du directeur de la clinique dermatologique de Berliu est correcte. L'empereur avait fait demander au Dr Schwenninger de le tenir au courant de la santé de son illustre patient, tant il avait peur de le voir mourir sans s'être solennellement réconcilié avec lui. Or, M. Schwenninger n'en a rien fait, se retranchant derrière le secret professionnel, d'où colère de l'irascible et absolu monarque, et dépêche fort cavalière qu'il lui fit adresser par le chef. du service sanitaire de la cour, dépêche le sommant de parler.

Le Dr Schwenninger répondit simplement ces quelques mots : « Le prince de Bismark se porte mieux », mais en même temps il porta plainte au doyen de la Faculté de médecine contre l'attitude, à son égard, du corps médical de la cour.

« Le langage de la dépêche qui me fut adressée, dit-il dans sa plainte, aurait pu être adressé à un officier ou soldat soumis à la discipline militaire, mais non pas à un médecin qui n'a de compte à rendre qu'à sa propre conscience et qui n'est guidé dans l'exercice de ses fonctions que par le devoir philanthropique envers son patient. »

Cette réponse fut connue par l'empereur et motiva un vif mécontentement du souverain ; mais comme le Dr Schwenninger est une sommité médicale et occupe une position indépendante de la cour on n'a aucune prise sur lui. (*Médecine moderne.*)

Projet de création d'une école spéciale de médecine coloniale. — Il serait question de créer une école spéciale de médecine coloniale, similaire à celle fonctionnant à Bordeaux et où se recrute le personnel de santé de la marine. Dans le cas où cette combinaison rencontrerait trop de difficultés, on se contenterait d'annexer à l'école coloniale une section analogue à celle existant pour le commissariat colonial et où seraient admis les étudiants réunissant déjà un certain nombre d'inscriptions. Deux chaires de professeurs seraient créées et seraient attribuées à MM. les médecins inspecteurs Treille et Kermorgant, qui conserveraient leurs fonctions de président et de vice-président du conseil de

santé des colonies. C'est là une nouvelle annoncée par le *Temps*, et reproduite par quelques journaux médicaux. Il y aurait cependant là beaucoup d'exagération. Que M. Treille qui dirige le corps de santé colonial désire avoir une école, la chose est possible, mais qu'il s'adjoigne M. Kermorgant pour occuper deux chaires dans la nouvelle école, rien n'est plus invraisemblable.

ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON. — Un concours pour quatre emplois de répétiteur à l'école du service de santé militaire de Lyon aura lieu au Val-de-Grâce, le 4 décembre 1893. Ces emplois se rapportent à : 1° anatomie normale et pathologique ; 2° pathologie interne et clinique médicale ; 3° pathologie externe et clinique chirurgicale ; 4° matière médicale, thérapeutique, hygiène et médecine légale. Adresser les demandes au ministère de la guerre avant le 20 novembre.

MUSEUM. — M. le professeur Pouchet commencera son cours d'anatomie comparée le mardi 14 novembre, à 9 heures 3/4 du matin, dans la salle des cours du laboratoire d'anatomie comparée, rue de Buffon, 55, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

M. le professeur Gréhant commencera son cours de physiologie le mercredi 15 novembre 1893, à 3 heures, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

HOPITAUX DE NANTES. — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes. — MM. 1. Roulleau, Viaud-Grand-Mairas, Rivet, Sourisse, Rouger, Raingeard, Pichat, Rautureau, Augé et Sainz.

Internes provisoires. — MM. Rabineau, Bréchoteau, Haie, Reliquet, Bonhouranet, Arin, Savatier et Duclos.

EXTERNES. — MM. 1. Jeunnin, Gaucher, Aubry, Chesneau, Sébilleau, Jalaber, Noury, Lefloch, Fillion, G. Pelletier.

11. Gaugloff, Gautret, David, Jocet, Pouzin et Caillaud.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Ont été proclamés lauréats de la Faculté.

Première année. — Médaille d'argent : M. Babans; mentions honorables : MM. Martin et Duméry.

Deuxième année. — Médaille d'argent : M. Degroote; mention honorable : M. Bussière.

Troisième année. — Médaille d'argent : M. Tribondeau; mention honoble : M. Belzer.

Quatrième année. — Médaille d'argent : M. Viguier; mention honorable : MM. Crozet et Ziegler.

Prix du conseil général : M. Brunet. — Prix Godard, non décerné. — Prix des thèses : médaille d'or : M. Sabrazès; médaille de vermeil : M. Bordier; médaille d'argent : M. Matignon; médailles de bronze *ex æquo* : MM. Bruyère, Faguet, Frèche, Mesny et Tornu. — Prix de la Société des amis de l'Université : MM. Bordier et Chevalier. — Prix des élèves sages-femmes, deuxième année, médaille d'argent : Mlle Monsoc.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

C'est par un sentiment de pur égoïsme que l'*Union médicale*, représentée en ce moment par son directeur, tient à signaler la nomination de M. Jules Rochard à la vice-présidence de l'Académie, laissée vacante par la mort inopinée du professeur Le Fort. Si nous l'en félicitions comme d'un grand succès, nous laisserions croire que cette marque de haute estime pouvait lui échapper, que toutes les sympathies de ses collègues ne lui étaient pas solidement acquises, et que son nom simplement prononcé ne ralliait pas tous les suffrages. Ce serait ignorer la situation que lui ont valu de longue date la dignité de son caractère, l'originalité de son esprit, le charme entraînant de sa parole.

Donc, nous ne félicitons pas M. Jules Rochard de siéger pour deux mois à la droite du président, ni d'occuper bientôt lui-même le fauteuil du milieu; mais son élection nous réjouit comme un succès personnel, car il est de la maison et nous prête l'autorité de sa collaboration active.

Est-il téméraire à ceux qu'il aime et soutient de ses encouragements de prendre pour eux une petite part des affections qui s'attachent à lui?

— Une autre joie pour nous, c'est la nomination de Landouzy à une chaire de la Faculté. Encore un succès qui n'a été ni laborieux ni contesté. C'est une étape glorieuse dans la carrière de notre camarade, et nous y applaudissons de bon cœur. L.-G. R.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. Verneuil, dans son discours à la célébration du cinquantenaire de la Société de chirurgie, avait exprimé le regret de voir la savante compagnie un peu désertée par ses doyens; c'est pour ne pas encourir ce blâme que M. Alphonse Guérin est monté à la tribune pour venir défendre la part qu'il a prise dans l'édification des théories microbiennes.

FEUILLETON

Les grands lavages de l'intestin

« . . . . Et le patient ayant reçu six pintes d'eau déclara qu'il était innocent
« Et ayant reçu dix pintes d'eau persista dans sa déclaration;
« Et ayant reçu douze pintes continua de nier;
« Et ayant reçu quinze pintes refusa encore d'avouer son crime;
« Et en ayant reçu dix-huit commença de le confesser;
« Et à la dix-neuvième en fit le récit détaillé;
« Et à la vingtième nomma ses complices..... »

Je ne me souviens plus en quel livre j'ai lu ce compte rendu d'une « *Question ordinaire* », mais je me rappelle fort bien qu'une vieille image illustrait le récit, et il me semble encore la voir. C'était une gravure sur bois à grosses hachures inhabiles, d'un dessin naïf, mais précis. Au centre d'une vaste salle largement éclairée, le patient est couché sur un banc long, solide, dont les larges pieds carrés s'appuyent sur le sol en divergeant. De grosses cordes entrelacées dix fois fixent le corps à la planche de chêne. Un

Le chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu, dans un langage plein de dignité et tout à fait académique, a fait, au milieu d'un silence attentif, l'exposé de ses théories et leur genèse. Il s'est efforcé de montrer qu'il avait toujours soutenu la présence des miasmes dans l'atmosphère, et cela au sein même de l'Académie de médecine en 1868 et 1869 ; qu'en 1870, frappé des complications constantes des plaies, il avait voulu mettre ses idées en pratique et que, filtrant l'air à travers le coton, il était arrivé à obtenir des guérisons inaccoutumées.

Le seul résultat clinique ne lui suffisait pas; il voulait en avoir la démonstration anatomique et, sur les conseils de Wurtz, s'adressa à Pasteur, qui, à ce moment, était malheureusement malade. Hayem et Renaut avaient à plusieurs reprises examiné le pus provenant d'un pansement ouaté et avaient été frappés de l'absence des germes. Plus tard, une commission académique composée de Larrey, Pasteur et Gosselin fut même nommée pour la vérification de ces faits alors tout nouveaux. Elle se transporta à l'Hôtel-Dieu, mais à ce moment M. A. Guérin n'avait qu'un seul malade en traitement, c'était un homme entré la nuit, qui avait été victime d'un accident grave et pansé par quelqu'un qui n'avait pas la pratique de la méthode. Le membre était sphacelé, le pus infect et rempli de microbes. La commission conclut que le pansement était bon, mais la théorie mauvaise.

Ces faits se passaient en 1874, et M. A. Guérin fait remarquer que Pasteur n'entra dans ces vues qu'en 1876, tandis que lui, dès 1847, soutenait déjà dans sa thèse les théories que les circonstances lui permirent d'appliquer en 1870

Nous nous sommes efforcé de reproduire en quelquss mots le document de M. Guérin, que nous regrettons de ne pouvoir publier *in extenso*, à cause de la clarté de son style, de l'importance de son contenu et de la dignité des revendications qu'il contient.

La parole est ensuite donnée au docteur GALVANI (d'Athènes), sur une observation d'*acromégalie*. L'affection nécessita l'amputation d'un membre

---

valet en pourpoint, dont les culottes courtes laissent voir les énormes mollets, verse, à l'aide d'un grand entonnoir, le contenu d'un broc dans la bouche du malheureux questionné, pendant que deux autres aides tiennent à la main des pots semblables. En un coin, des personnages en robe contemplent la scène sans sourciller. L'un d'eux, assis derrière une petite table, écrit, Tout cela a un caractère de tranquillité calme. Aucune émotion ne transparaît dans les figures, dans les attitudes ni dans les gestes. On voit qu'il s'agit de choses qui paraissaient toutes simples, aussi bien à ceux qui les ordonnaient et à ceux qui les exécutaient qu'aux misérables qui les subissaient, et même à l'artiste qui les a reproduites.

Une malice de ma mémoire évoquait ce souvenir pendant que je lisais un article, fort intéressant, d'ailleurs, sur une méthode thérapeutique nouvelle, appelée, je n'en doute pas, à rendre de signalés services dans un grand nombre d'affections, mais qui doit s'attendre à soulever contre elle tout un monde de plaisanteries faciles. Cela ne l'empêchera pas de faire son chemin quand elle aura fait ses preuvres. Quel mode de traitement a été poursuivi de plus de lazzis que le clystère ? Quelle autre a excité à un tel degré et pendant un si long espace de temps la verve railleuse des peuple ? Et quel autre, cependant, pourrait se flatter d'avoir fourni une aussi glorieuse carrière. Pareil à

supérieur et l'ablation de deux tumeurs de la face. Ces néoplasies étaient dues, suivant l'auteur, à une prolifération du tissu connectif.

On sait combien est délicate *la recherche du bout supérieur dans la section des tendons fléchisseurs des doigts* et combien de procédés ont été imaginés à cet effet. M. Felizet en a trouvé un véritablement original, fondé sur l'observation anatomique et qui dans 20 cas lui a parfaitement réussi. C'est dans les sections des fléchisseurs communs qu'il l'a uniquement appliqué. Il utilise les *vin cula tendinum*, les petits tractus qui fixent en partie le tendon à la gaine ainsi que la solidarité qui unit les divers tendons les uns aux autres ; d'où il s'ensuit qu'en pratiquant une extension forcée des doigts, les tendons fléchisseurs intacts vont être allongés, descendre et entraîner avec eux le bout supérieur du tendon coupé. Si cela ne suffit pas, il fixe, au point où il peut l'atteindre, le même bout supérieur, qu'il unit au tendon intact voisin, étend encore les doigts, et l'extrémité supérieure vient d'elle-même au-devant de l'inférieure. Cette suture au tendon voisin empêche encore la rétraction ultérieure et permet une meilleure cicatrisation.

De la transformation caverneusc de la muqueuse utérine dans certaines formes de métrite, est le titre que donne M. Quenu à une communication dont le point de départ est une seule observation que voici :

Il s'agit d'une femme de 34 ans atteinte de pertes qui, d'abord blanches, se colorent petit à petit devinrent roses puis rouges, et qui d'intermtitentes se firent bientôt continues. Ce diagnostic de métrite fut porté et les interventions commencèrent. Quand M. Quenu vit la malade elle avait déjà subi un brossage de l'utérus avec cautérisation au chlorure de zinc; puis, trente séances d'électrolyse, puis un curettage avec attouchement à la créosote et cela sans grand avantage.

Les annexes étaient saines, il n'existait pas le moindre corps fibreux. Un nouveau curettage fut pratiqué et une amélioration s'en suivit, mais de courte durée. Les métrorrhagies recommencèrent, l'anémie commença et une opération radicale fut jugée nécessaire. Elle consista en une résection de la muqueuse utérine faite après amputation du col et descente progres-

---

un Dieu, il la poursuit encore de nos jours et la poursuivra longtemps, versant des torrents de mucilage sur ses obscurs blasphémateurs. Le concert de reconnaissants éloges qui, depuis des siècles, s'est échappé des millions d'entrailles qu'il a amollies, lénifiées et dulcifiées n'est pas près de finir. Quand on songe à la surprenante fortune de ce « remède », ainsi qu'on l'appela depuis Mme de Maintenon, on ne s'étonne plus de voir que les Anciens lui aient attribué une origine quasi-divine, en le prétendant révélé aux hommes par l'oiseau sacré des temples de la vieille Egypte.

Le lavement, malgré cela, n'aura été qu'une aurore telles les lueurs d'or pâle et de nacre rose qui précèdent, aux heures exquises des clairs matins d'été, le jaillissement superbe et embrasé de l'astre de vie. L'humble injection de quelques cuillerées d'eau émolliente ou astringente dans l'ampoule terminale de l'intestin rectum va devenir le lavage, l'irrigation, l'inondation du tube digestif tout entier par des flots de liquide, par des mers, — avec leurs flux et leurs reflux, — de solutions tanniques, lactiques et naphtolées.

Et la valvule de Bauhin ? Comme les Pyrénées au grand siècle, comme les vieux préjugés et les dieux antiques, elle n'est plus. Que diraient les apothicaires, s'il en existait encore? Et dans l'empire des morts où l'étonnante nouvelle leur parviendra, quel fris-

sive de l'utérus. A partir de ce moment, l'écoulement sanguin cessa et cette malade doit être aujourd'hui considérée comme guérie.

Les fragments de muqueuse furent examinés et on n'y rencontra pas le moindre microbe, ce qui permet d'écarter la pensée d'une récidive de la métrite par l'inoculation. L'examen histologique montra des caractères anatomiques particuliers. Il n'y avait d'abord pas trace de néoplasme, les glandes étaient atrophiées ; mais, fait capital, la muqueuse avait subi une transformation caverneuse.

Cette altération n'est pas signalée dans les livres. C'est à peine si Barnes en cite un exemple ainsi que Bold de New-York. M. Cornil a cependant décrit des angiomes superficiels de la muqueuse utérine. Deblet, dans le traité de chirurgie en donne même une preuve d'après une préparation de Cazin ; mais sans s'étendre sur le sujet.

M. Quenu rapproche ces altérations vasculaires de celles qui sont décrites dans certains organes comme le foie' par exemple, et part delà pour expliquer certaines récidives hémorrhagiques arrivant après des curettages bien faits. Quant à l'intervention, on a employé la castration inutile dans ces cas, l'hystérectomie vaginale ; mais la résection de la muqueuse, quand le diagnostic d'angiome sera fait, lui paraît préférable. M. Reynier défend en quelques mots la castration qui lui a réussi dans un cas qu'il cite, et M. Quenu lui répond qu'il n'a pas eu la prétention d'expliquer par les lésions anatomiques citées plus haut, toutes les hémorrhagies qui adviennent après le curettage. Eugène Rochard.

MASTITE CHRONIQUE OU CANCER DU SEIN ?

Par M. Gervais de Rouville, interne des hôpitaux

L. J., 27 ans, entre à Saint-Louis le 11 août 1893.

Rien n'est à signaler du côté de ses antécédents héréditaires ; son père est mort des suites d'un accident, sa mère n'a jamais été malade.

son agitera leurs cendres ? de honte, pour s'être laissé arrêter si longtemps par ce fantôme sans consistance, ou de triomphe, en voyant abattue, enfin, la barrière où vinrent échouer leurs efforts tant de fois séculaires ? Efforts maladroits, en réalité, puisqu'il est désormais prouvé qu'il suffit, pour obtenir le passage, d'y mettre des formes et de la politesse. La valvule résistait inébranlablement à la violence ; elle cède volontiers à la douceur. En vain, vous banderez les ressorts des plus puissants irrigateurs ; en vain, vous projetterez dans les profondeurs du colon des siphons d'eau de seltz à haute pression ; vous n'en obtiendrez d'autre résultats que de formidables éclaboussements. Mais lentement, doucement, gracieusement, laissez couler de l'eau sur la muqueuse, et l'obstacle, dont la susceptibilité ne sera point éveillée, la laissera courir et se répandre en une nappe bienfaisante, nouveau Jourdain qui remonte ainsi vers sa source, *Jordanis conversus est retrorsum.*

Tout le secret de la réussite consiste à élever un peu, sur un coussin, la hanche gauche du malade horizontalement placé sur son lit et à faire descendre le liquide sous une très faible pression, en élevant le réservoir qui le contient à 20 ou 30 centimètres au plus au-dessus du plan abdominal de l'irrigué (je ne crois pas pouvoir dire « le patient » tant la douleur est absente de cette intervention délicate). Voici de quelle

Elle-même jouit d'une excellente santé ; elle a eu une fièvre typhoïde à dix ans, qui n'a laissé aucune trace. Réglée à quinze ans, elle s'est mariée à dix-neuf. Quatre mois après son mariage, elle a fait une fausse couche. Neuf mois après, nouvelle fausse couche de huit mois. Il y a vingt mois, elle a eu un enfant qu'elle a nourri elle-même pendant quinze mois. Quelques jours après le sevrage, elle s'aperçoit par hasard de l'existence dans le sein droit, à la partie supéro-externe du mamelon, d'une petite boule, indolente et mobile sous le doigt. Cette tumeur augmenta rapidement de volume, et la malade, effrayée, se décida à venir consulter à l'hôpital.

Le sein droit est beaucoup plus volumineux que le sein gauche. Normal, et absolument semblable à celui du côté opposé dans toute sa partie interne et inférieure, il présente, immédiatement en dehors et au-dessus du mamelon, une bosselure de la grosseur d'une mandarine, allongée de dehors en dedans. A ce niveau, la peau est parcourue par des veinules bleuâtres, anormalement développées ; elle ne présente, du reste, aucun signe d'inflammation. Le mamelon est normal.

Cette tumeur est très dure; sa surface est régulière ; elle est mobile avec le sein sur les parties profondes ; elle s'isole nettement des parties périphériques, qui donnent la sensation de la glande normale. La peau est en partie mobile sur elle, mais tout près du mamelon, et immédiatement en dehors de lui, elle adhère à la tumeur, et il est facile de produire, en ce point, en la pinçant, le phénomène de la peau d'orange. La malade n'éprouve le premier jour aucune douleur pendant l'examen ; le lendemain, cependant, par suite des manipulations réitérées auxquelles la tumeur a été soumise de la part des élèves de service, elle accuse un léger endolorissement de la région, qui ne tarde pas à disparaître. Le mamelon n'est nullement rétracté ; il serait même un peu plus développé que celui du côté gauche. La pression ne fait sourdre aucun liquide des conduits galactophores.

L'aisselle du côté correspondant est le siège de cinq ganglions, nettement perceptibles contre la paroi thoracique. Ces ganglions sont très mobiles; sans caractère inflammatoire, nullement douloureux; la malade ne peut nous renseigner sur le moment de leur apparition, car elle ne se doutait pas de leur présence.

Une ponction à l'aiguille de Pravaz nous démontre la présence du pus. Nous faisons une incision parallèle au grand axe de la tumeur, et n'intéressant que la peau ; la tu-

---

manière les choses se passent d'après les auteurs mêmes de la méthode auxquels j'emprunte une partie de ces détails.

Le cœcum se remplit progressivement sans éprouver aucune distension. Ce faible degré de réplétion permet l'arrivée du liquide dans le jéjunum vers le troisième... litre. A ce moment la répartition du liquide doit composer avec les gaz. Le premier occupe la partie déclive de chaque anse, pendant que les seconds s'accumulent à la partie culminante. De la matité apparaît sur le côté droit, puis au-dessus de la vessie, puis sur les côtés du ventre, tandis que l'ombilic devient légèrement proéminent et sonore, soulevé qu'il est par le coussinet aérien que les gaz viennent former en ce point.

L'eau continue à s'écouler, à s'étaler, sans le distendre, dans tout l'intestin grêle, si bien que le liquide, à partir du sixième litre, pénètre dans... l'estomac. Que voulez-vous ! la perfection n'est pas de ce monde, et vous pensez bien que de tels avantages ne vont pas sans quelques inconvénients ; oh ! si légers, après tout !

Il y a, d'abord, cette grande, très grande sonde en caoutchouc qu'il faut introduire jusqu'au milieu de la longueur du côlon transverse ; le cheminement doit en paraître interminable. Il y a encore le tamponnement de l'orifice anal, son obturation complète, pour éviter toute sortie prématurée du liquide. J'imagine que ce calfatage agacera bien

meur est facilement isolée et énuclée des parties péripheriques de la mamelle ; malheureusement notre dernier coup de bistouri a intéressé la paroi de la poche et détermin é l'issue d'une assez grande quantité de pus. Néanmoins, nous avons pu facilement enlever la totalité de la paroi. Lavage de la plaie opératoire à la solution phéniquée forte, suture de la peau aux crins de Florence, drainage, pansement à la gaze iodoformée. Trois jours après, le drain est enlevé ; les crins sont coupés. Au deuxième pansement, les crins sont enlevés ; réunion par première intention.

Nous n'avons pas touché aux ganglions de l'aisselle.

Le diagnostic de la mastite chronique et du cancer du sein a une importance extrême ; en effet, de deux choses l'une : ou il s'agit de mastite chronique, et une intervention sans conséquence assure la guérison ; ou il s'agit de cancer, et l'amputation totale de la mamelle avec curage complet de l'aisselle, s'il existe des ganglions, s'impose à bref délai. Si l'on songe, en outre, que, dans nombre de cas, les malades sont des femmes jeunes, de belle santé, on comprend tout l'intérêt qui s'attache à ce diagnostic, et la légitimité des efforts de ceux qui, pour éviter les erreurs graves de Benj. Brodie, Astley Cooper, Dupuytren, Velpeau et bien d'autres, ont cherché à mettre en lumière les signes différentiels de ces deux affections.

Maintes fois, M. Reclus est revenu sur cette question, et il publiait tout récemment, sur ce sujet, une intéressante leçon clinique. M. Delbet, dans son remarquable article du Traité de chirurgie, lui consacre plusieurs pages.

La rareté des observations publiées, d'une part, l'importance pratique du sujet, de l'autre, nous ont engagé à publier notre fait personnel, qui nous semble rentrer entièrement dans le type clinique dont parle Reclus.

C'est à la consultation que s'est présentée notre malade ; l'examen auquel elle a été soumise ce jour là a été forcément rapide et tout objectif. Nous l'avons admise dans le service, non sans lui faire prévoir la nécessité d'une intervention hâtive et radicale, que la nature de sa tumeur nous semblait imposer. Mais, dès le lendemain, notre conviction relative ne tarda pas à être ébranlée par un examen plus sérieux ; la malade nous raconte qu'elle nourrissait un bébé il y a trois semaines encore, et que le début de son mal a coïncidé avec la cessation de l'allaitement ; d'autre part, nous sommes frappés de la parfaite régularité de la tumeur, dont les contours s'isolent nettement des parties

---

des gens. Mais, quand il sera achevé, le malade recevra, sans en éprouver la moindre gêne, les trois premiers litres d'arrosage. C'est à ce moment que les observations mentionneront presque toutes un incident. ...« Et ayant absorbé la septième pinte il commença de se plaindre un peu. »

Il paraît, en effet, pour tout dire, que la valvule manifeste quelque étonnement au passage du liquide dans cette direction insolite. Elle se regimbe pour la forme, elle exige, comme sur certains ponts, une légère redevance, un péage, dans le seul but de ne pas laisser prescrire ses droits. Cela coûte, nous dit-on, trois ou quatre coliques à peine. En vérité, c'est pour rien.

Ce tribut une fois payé, l'irrigation se poursuit longtemps sans nouvelle entrave.

...« Et ayant absorbé la dixième pinte déclara ne rien ressentir ;

Et ayant absorbé la onzième pinte affirma éprouver un bien-être ;

Et ayant absorbé la douzième signala une sensation mal définie ;

Et ayant absorbé la treizième dénonça une non douteuse envie de vomir. »

Il semble démontré, en effet, qu'au cours du septième litre, le liquide commence à envahir l'estomac. Or, chaque contrée a ses usages, et à la frontière pylorique, ce n'est plus en coliques, c'est en nausées que s'acquittent les droits d'importation.

voisines, que la palpation démontre être le tissu glandulaire refoulé à la partie interne et inférieure du sein : Lactation, régularité de la tumeur, sans entraîner notre conviction en faveur de la mastite chronique, font naître le doute dans notre esprit sur la réalité du cancer. « Toute grosseur du sein qui débute pendant la lactation, écrit Dolbet, doit éveiller dans l'esprit du chirurgien, l'idée d'affection inflammatoire, même si les signes sont ceux d'un néoplasme. On ne saurait trop le répéter, il faut se méfier des tumeurs qui revêtent les apparences d'un néoplasme, lorsqu'elles sont en rapport étiologique direct avec la grossesse ou l'allaitement ; même si tous ces signes paraissent en faveur d'un néoplasme, il faut encore garder un doute. » La forme régulière de la tumeur a été trouvée par Reclus chez cinq malades, et ce chirurgien attache à ce signe une grande importance diagnostique ; il le croit fréquent ; notre cas en est une nouvelle preuve. Nous n'accordons pas à l'absence de douleur provoquée plus d'importance qu'elle n'en a en réalité ; si elle est un signe de cancer, elle est aussi un signe de mastite chronique, et Reclus l'a notée chez ses cinq malades. L'existence de cette douleur eût présenté plus d'intérêt, mais nous ne pourrions tirer de son absence de sérieuses indications.

L'évolution rapide de la tumeur qui, en peu de temps, avait acquise le volume d'une mandarine présentait plus de valeur ; la malade nous répondait catégoriquement, sur ce point particulier ; c'est au moment du sevrage qu'elle s'est aperçue d'une petite grosseur siégeant à la partie supéro-externe du sein droit ; elle n'avait auparavant rien observé de semblable. Un cancer du sein n'évolue point de la sorte, et les mastites cancéreuses, rapidement progressives, revêtent des apparences cliniques toutes différentes.

Quant à l'adénopathie axillaire, elle nous laissait fort perplexe ; ces ganglions nous donnaient la sensation de ceux que nous avions constatés l'année dernière chez une jeune femme de vingt-cinq ans, opérée par notre maître, M. Tuffier, d'un cancer du sein, et que l'examen microscopique nous montra farcis de carcinome ; toutefois, et en y regardant de près, cette adénite pouvait paraître bien volumineuse, ces ganglions bien nombreux pour la tumeur du sein relativement petite et âgée seulement de trois semaines ; la palpation de l'aisselle fait découvrir cinq ganglions, dont le plus gros présente le volume d'une grosse amande ; du reste, grande mobilité, indolence parfaite ; la malade ne se doutait pas de leur présence ; nous retrouvions ici, nettement, cette disproportion en-

---

Avouez qu'il n'y a point de quoi s'en indigner, songez donc que, dans ce parcours déjà étendu la limpidité du liquide n'a pas été sans subir quelque altération.

Comme le pur cristal d'une source se corrompt à mesure que ses eaux roulent sur les alluvions de la plaine et n'est plus, à l'embouchure de la rivière, qu'une boue ocreuse et répugnante, ainsi la claire solution naphtolée du début est devenue semblable aux matières qu'elle a frolées en son chemin. Quoi d'étonnant si, vers le septième litre, l'estomac se rebiffe tout à fait et rejette obstinément tout ce qui continue à lui arriver. On ne s'arrête donc pas pour si peu. On injecte encore un, deux ou trois litres, puis l'on peut procéder de l'une des façons suivantes : ou retirer simplement la sonde et, immédiatement, un flot de liquide s'échappe par l'anus ; ou laisser se faire l'évacuation intestinale tout en maintenant la sonde à demeure, ce qui permet de refaire séance tenante un second et un troisième lavages ; ou bien encore introduire dans l'estomac une sonde œsophagienne que l'on amorce de manière à faire siphon, si bien que le liquide passe ainsi — *horresco referens* — du rectum dans la bouche ! Grâce à ce dispositif, ajoutent les auteurs, on peut faire passer de grandes quantités de liquide, tout en évitant la répétition des lavages.

Certainement, la méthode est séduisante (je me place au point de vue du médecin), et

tre la tumeur et l'adénite sur laquelle insiste Delbet,et qui nous paraît constituer, quand elle existe, et pour un observateur prévenu, un élément de valeur pour le diagnostic.

La dureté de la tumeur, l'adhérence, en certains points manifeste, de la peau aux parties sous-jacentes s'opposaient à nous faire porter le diagnostic ferme de mastite chronique que l'ensemble des symptômes recueillis nous faisait fortement soupçonner ; la distinction établie par Phocas, entre les adhérences inflammatoires en surface et les adhérences par travées fibreuses n'est-elle pas plus anatomo-pathologique que clinique ?

En résumé, une femme jeune allaite pendant huit mois, puis sèvre ; à ce moment, elle s'aperçoit de l'existence d'une petite boule dans le sein droit ; trois semaines plus tard elle se présente à nous avec une tumeur de moyen volume, très dure, très régulière, s'accompagnant d'adénite axillaire volumineuse, adhérences partielles de la peau, pas de rétraction du mamelon; le doute était légitime; en faveur d'un néoplasme, il y avait la dureté de la tumeur, les adhérences de la peau, l'adénite axillaire, l'absence absolue de douleurs provoquées ; en faveur de la mastite chronique, il y avait, en première ligne, l'élément étiologique de premier ordre, la lactation ; de plus, la régularité remarquable de la tumeur, son évolution rapide; enfin, le nombre et le volume considérables des ganglions.

L'ensemble de ces symptômes nous paraissait en faveur de la mastite; aucun n'est pathognomonique, et ce n'est ni dans l'interrogatoire, ni dans l'examen direct de la malade que nous pouvions trouver la certitude de diagnostic qui, dans le cas particulier; est indispensable, en vue du traitement à mettre en œuvre.

Seule, la ponction avec l'aiguille de Pravaz nous permettait de parfaire notre diagnostic, en nous démontrant la nature liquide de notre tumeur d'apparence solide. C'est un moyen aussi efficace qu'inoffensif, dont le chirurgien aurait tort de refuser à la malade les précieux avantages : « Dans tous les cas, écrit Reclus, où le diagnostic cancer ne s'impose pas, il faut plonger dans la tumeur une aiguille de Pravaz. »

Le pus que nous retirâmes ainsi n'offrait aucun caractère particulier; il était jaune, phlegmoneux, bien lié, banal. L'examen microscopique y décela la présence de nombreux leucocytes; l'examen bactériologique montra des staphylocoques et des streptocoques; absence complète d'autres microorganismes. La face interne de la poche enlevée était absolument lisse.

---

il est aisé de lui prévoir de nombreuses applications. Mais quel ennui, cependant, de ne pas pouvoir en inverser les termes : introduire le lavement par l'estomac et en recueillir les produits de l'autre côté. On ne saurait prédire l'avenir et l'espérance est toujours permise. Pourtant les chances de voir se réaliser ce nouveau et définitif progrès me paraissent d'autant plus minimes que je ne puis m'empêcher de croire que les inventeurs du grand lavage n'ont pas passé à côté d'une aussi belle idée sans essayer de la mettre en pratique.

Pour s'être arrêtés au siphonage à rebours, il a fallu qu'ils se soient heurtés à des impossibilités absolues. Qui les vaincra et quand ? Il y a là de quoi tenter les ambitieux, car la gloire est, à coup sûr, au bout de l'entreprise menée à bien.

FORMULAIRE

Lavements nutritifs (Bernheim).

Lait	300 grammes
Jaunes d'œufs	n° 2
Vieux rhum	15 —

Mêlez.

Les choses ont dû se passer, chez notre malade, de la façon suivante : La petite tumeur, primitivement observée par la malade était un galactocèle ; l'infection s'est faite par un conduit galactophore, encore maintenu béant, à l'époque du sevrage, par le lait qui s'en écoule, et offrant, dès lors, une voie de pénétration facile aux microorganismes de la surface du mamelon.

Au point de vue du traitement, on pourrait à la rigueur faire varier le mode d'intervention avec le volume de l'abcès. Est-il petit, une simple incision évacuatrice, suivie d'un attouchement des parois avee la solution de chlorure de zinc au dixième, suffirait. Est-il plus volumineux, les parois rigides de la poche se prêteront mal à une réunion, par première intention ; l'incision simple et le drainage exposeront à la formation d'une fistule, et plus tard, à la persistance d'un noyau induré intramammaire. — Il nous semble préférable, quel que soit le volume de la collection purulente, de tenter l'extirpation totale de la poche qui la limite. — C'est ce que nous avons fait chez notre malade, avec plein succès. L'épaisseur des parois rend compte de la possibilité de cette énucléation par dissection.

Nous avons respecté les ganglions de l'aisselle. Leur indolence absolue, la nature même de leur hypertrophie contre indiquaient l'incision axillaire, et, de fait, nous venons de revoir la malade; ses ganglions ont notablement diminué de volume.

REVUE DE LA PRESSE DE PROVINCE

Contracture et athétase

M. Raque a présenté à la Société nationale de médecine de Lyon une fillette âgée de 10 ans atteinte de contracture des deux membres inférieurs avec mouvements athétasiques très marqués. Au niveau des membres supérieurs il n'y a que de l'exagération des reflexes sans contracture et sans mouvements athétasiques.

L'enfant est née à terme; l'accouchement a été normal, sans intervention d'aucune sorte, mais la mère est morte peu de temps après dans un asile d'aliénés.

Très intelligente, cette fillette sait lire, écrire, compter, et n'a jamais présenté aucun trouble intellectuel.

C'est à 8 ans 1/2 seulement que la contracture a débuté aux membres inférieurs. Elle a progressé lentement et reste stationnaire depuis six mois environ. La malade se tient debout et peut faire quelques pas, mais l'extrémité de ses orteils appuie seule à terre. Le talon est à 10 centimètres du sol et le pied reste vertical.

Le diagnostic de sélérose cérébrale parait certain. Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est l'absence de troubles intellectuels et le développement si tardif à 8 ans 1/2, ce qui est rare dans les affections congénitales.

M. Raque se demande en outre s'il ne conviendrait pas d'essayer chez cette enfant le traitement préconisé par Strumpell et de faire des sections tendineuses qui lui permettraient avec un appareil orthopédique, de marcher un peu mieux. Il demande à cet égard l'avis de la Société.

M. Ollier, au sujet de l'avis demandé aux chirurgiens, répond que la chirurgie ne peut pas grand'chose dans ces cas de lésions centrales ; tout ce qu'on peut faire, c'est de sectionner le tendon d'Achille ou certains tendons rétractés pour permettre à la malade de poser le pied d'aplomb.

M. Teissier ajoute que les malades comme celle présentée par M. Raque s'améliorent beaucoup à la longue, et spontanément, sans traitement. La marche des lésions n'est donc pas progressive comme dans la paralysie infantile, et le pronostic des fonctions du membre est bien moins sévère.

Pylorectomie

M. Pallasan a présénté à la même société un malade auquel il a enlevé il y a un mois le pylore. Cet organe était le siège d'une tumeur dont les caractères microscopiques permettaient presque d'affirmer la nature cancéreuse, mais l'examen histologiques n'a pu être fait.

M. Pallasan insiste à propos de cette très remarquable observation : 1° sur la nécessité de faire un très grand nombre de sutures dans ces opérations stomacales ou intestinales ; 2° sur le rôle considérable joué par le spasme dans ces rétrécissements pyloriques ; la tumeur du malade ne fermait pas, tant s'en faut, l'orifice du pylore, puisqu'avant son ablation elle permettait à un doigt passé dans l'estomac de franchir aisément le pylore ; 3° sur l'importance qu'il y a à tomber sur des cas au début, où on peut enlever tout le mal et où l'on n'est pas réduit à faire simplement des opérations palliatives comme la gastro-entérostomie.

Sur l'ébullition du lait

M. Crolas a fait connaître certaines modifications que fàit subir au lait l'ébullition.

Les recherches de M. Crolas ont été faites sur le lait de vache provenant d'une ferme du département de l'Isère ; et il résulte des analyses soigneusement faites comparativement avant et après l'ébullition, que :

1° L'ébullition enlève au lait une petite quantité de beurre entraîné par l'albumine au moment de la coagulation par la chaleur, quantité que l'on retrouve du reste dans la pellicule qui se forme sur le lait bouilli et refroidi ;

2° L'ébullition n'a aucune action sur la caséine et la lactose ; ces principes subsistent tels qu'avant l'ébullition.

3° L'ébullition augmente la quantité des phosphates solubles ; ce qui semble indiquer que le lait bouilli contient une plus grande quantité d'acide phosphorique immédiatement assimilable.

De toutes ces recherches, M. Crolas se trouve donc autorisé à conclure que le lait bouilli est au moins équivalent comme produit alimentaire, sinon supérieur, au lait non bouilli.

Un cas de lithiase pancréatique

M. Brunet a communiqué à la Société d'anatomie de Bordeaux l'observation d'un homme de cinquante-sept ans, entré à l'hôpital Saint-André, le 12 janvier 1893, dans le service de M. le professeur Picot, pour fatigue musculaire excessive.

Du côté des antécédents héréditaires, il n'y avait rien à signaler ; dans ses antécédents personnels, rien non plus ; pas d'habitudes alcooliques, pas de syphilis.

Il y a un an, cet homme remarqua que le travail le fatiguait beaucoup ; en même temps que cette diminution extrême des forces musculaires, se montrent les symptômes ordinaires du diabète, polyurie, polydipsie, polyphagie. Il entre à l'hôpital de Montargis où il est soigné pendant six mois sans grande amélioration.

Au moment de son entrée dans le service de M. le professeur Picot, le malade était d'une maigreur excessive ; il avait toujours faim, buvait de grandes quantités de liquide, dix à douze litres en moyenne par jour.

Du côté de l'appareil respiratoire, on trouve dans toute l'étendue de la poitrine, mais surtout à droite, de gros râles ronflants et sibilants. Rien du côté de l'appareil circulatoire, rien au cœur. La vue est affaiblie, bien que l'examen ophtalmoscopique ne dénote aucune lésion oculaire.

La quantité de sucre contenue dans les urines atteint en moyenne 240 grammes par jour ; il y a 45 grammes d'urée. Le malade meurt cachectique le 20 mars.

L'autopsie, faite le 22 mars, permet de constater les lésions suivantes :

A l'ouverture du ventre, on constate de la péritonite chronique, surtout au niveau du foie qui est fortement adhérent au diaphragme; le foie pèse 1,400 grammes et ne paraît pas malade. Le rein droit pèse 210 grammes; on voit à sa surface des kystes, dont l'un a le volume d'une noisette. Rien au cœur. Le poumon droit est très augmenté de volume; son sommet est complètement détruit par une vaste cavité; on trouve, en outre, de nombreux tubercules en voie de caséification. Le poumon gauche est congestionné et rempli de cavernes du haut en bas.

Le pancréas, examiné avec beaucoup de soin, paraît atrophié; sa consistance es dure, surtout en certains endroits. Le canal de Wirsung est obstrué par des concrétions d'apparence calcaire, dont deux atteignent le volume d'un pois; ces calculs lui donnent un aspect moniliforme. Après les avoir enlevés, on introduit un stylet qui ne peut pas pénétrer dans la lumière du canal; l'occlusion est donc complète.

Cette observation est particulièrement intéressante puisqu'elle permet de constater du diabète lié à la lithiase pancréatique.

Origine nasale des affections oculaires

M. le docteur Couétoux, dans une communication faite à la Société de médecine de Nantes, énumère les théories de l'action nasale sur les lésions oculaires. Ces lésions ont été expliquées par la propagation suivant le trajet du canal naso-lacrymal. — Cette propagation ne semble convenir qu'aux lésions diphtéritiques. La diphtérie oculaire d'origine nasale est rare après l'âge de 10 à 12 ans, suivant Ruault, elle est précédée du larmoiement

Mais il n'y a pas d'autre affection conjonctivale d'origine nasale; tout au plus de petites congestions de la muqueuse oculaire se montrant parallèlement aux irritations nasales et probablement d'origine réflexe.

Pour discuter la théorie traphique de Berger, il faudrait d'abord que son auteur la rende intelligible.

Reste la théorie de Ziem par congestion vasculaire, engorgement des veines ethmoïdales se déversant dans les fosses nasales. Cette théorie semble d'autant plus rationnelle qu'elle explique l'action, difficile à interpréter autrement, de la paracenthèse qui suivant cette théorie, et, conformément aux faits, semble pouvoir souvent être remplacée avantageusement par une action chirurgicale sur le rhinopharynx.

De plus, cette théorie de Ziem explique l'aggravation matinale des lésions oculaires, sur lesquelles agit la congestion nasale et les désigne comme pouvant être modifiées par le traitement rhinopharyngien. C'est ainsi que les kérato-conjonctivites, sur lesquelles semblent toujours retentir les lésions nasales, quand elles ne les provoqnent pas, présentent une aggravation de leurs symptômes le matin, après le décubitus nocturne, manifestement favorable à la congestion nasale. Ainsi s'explique cette opposition entre les symptômes périkératiques, plus aigus le matin, et les symptômes des affections conjonctivales à rémission matinale. Cette opposition semble n'avoir pas assez attiré l'attention, et l'explication de Panas, qui attribue la décongestion vespérale dans les périkératites à la station diurne, semble vraiment trop banale. Nous pensons, au contraire, que ce symptôme ne doit pas être négligé et que le seul fait de l'aggravation matinale des douleurs oculaires dans les conjonctivites graves doit faire craindre un retentissemeni vers la cornée, la région ciliaire, et provoquer un examen attentif de cette région.

COURRIER

—

Concours de l'externat. — Questions données : Rapports de l'estomac; rapports de la vessie chez l'homme et chez la femme.

La statue de Ricord. — On a placé devant l'hôpital du Midi, sur son piédestal dressé depuis quelque temps déjà, la statue du docteur Ricord.

L'auteur de la statue est le sculpteur Barrias.

L'inauguration officielle du monument aura lieu à une date qui sera fixée par le comité de souscription, d'accord avec la famille du célèbre médecin.

Congrès de Rome. — La date de l'ouverture du onzième congrès international de médecine qui devait se tenir à Rome au mois de septembre dernier, est définitlvemen; fixée au 29 mars prochain.

Le *Medical Record* de New-York donne la liste des lits disponibles dans les principaux hôpitaux des Etats-Unis : New-York, 11,000 lits; Philadelphie, 6,391 ; Chicago, 4,684 ; Cincinnati, 3,000 ; Saint-Louis, 2,086 ; Broklyn, 2,000 ; Buffalo, 1,025 ; Deuver, 961, Saint-Joseph, 819 ; Détroit, 672 ; Milwaukee, 667 ; Omaha, 617 ; Saint-Paul, 522 ; Kansas City, 516 ; Albany, 447 ; Minneapolis, 325.

— Le docteur Nicole, ancien interne des hôpitaux, vient d'être nommé directeur de l'institut bactériologique de Constantinople.

— Les cours de l'Ecole d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, pour l'année 1893-1894, ont lieu ainsi qu'il suit :

Le lundi, à quatre heures, M. G. de Mortillet : Anthropologie préhistorique ; — à cinq heures, M. Capitan (novembre, décembre, janvier) : Anthropologie pathologique; M. F. Schrader (à partir de février) : Géographie anthropologique.

Le mardi, à quatre heures, M. André Lefèvre : Ethnographie et linguistique ; — à cinq heures, M. Georges Hervé : Ethnologie.

Le mercredi, à quatre heures, M. J.-V. Laborde : Anthropologie biologique ; à cinq heures, M. P. G. Mahoudeau : Anthropologie zoologique.

Le vendredi, à quatre heures, M. A. Bordier : Géographie médicale ; — à cinq heures, M. L. Manouvrier : Anthropologie physiologique.

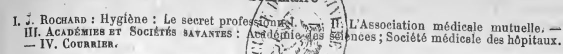
Le samedi, à quatre heures, M. Ch. Letourneau : Sociologie (histoire des civilisations); — à cinq heures. M. A. de Mortillet : Ethnographie comparée.

Hopitaux de Marseille. — Le concours pour deux places de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Ed. Boinet, professeur à l'École de médecine, agrégé de Facultés, et Oddo.

Maladies des oreilles, du nez et du larynx. — Le docteur Baratoux commencera un cours pratique le mardi 28 novembre, à deux heures, à sa clinique, 33, rue Saint-André-des-Arts, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.



Sommaire

HYGIÈNE

Le secret médical

On parle beaucoup, depuis quelque temps, du secret médical. Il en a été question à propos de la déclaration des maladies contagieuses et plus récemment à l'occasion du rapport de MM. Brouardel et Dieulafoy, sur l'état de santé de Cornélius Herz. Dans ce dernier cas, il n'était véritablement pas en cause. Lorsqu'un gouvernement délègue des experts pour examiner un prévenu et en faire l'objet d'un rapport, il ne s'agit plus de confidences faites spontanément par le malade, il ne s'agit plus de silence à garder de la part des experts, puisque leur visite a pour conséquence et pour but la rédaction d'un rapport destiné à être ultérieurement communiqué au parquet. La publicité donnée à un document de cette espèce, avant le jugement, constitue sans doute une infraction aux règles de la procédure criminelle, puisqu'aucune pièce ne doit être divulguée avant ce moment, puisque le dossier doit arriver vierge devant le tribunal.

« D'après le Code de 1808, tous les actes de l'instruction sont secrets.
« Lorsqu'un médecin a reçu une mission de justice, il ne doit pas divulguer
« ce qu'il a découvert lui-même par ses recherches ou ce qui est arrivé à sa
« connaissance pendant son expertise. Il doit dire ce qu'il sait au juge
« d'instruction seul ou au magistrat qui l'a commis (1) »

Telle est la règle de conduite tracée aux experts par M. Brouardel lui-même et qui est parfaitement logique ; mais, dans l'espèce, après tout ce qui avait été publié en France et en Angleterre, sur le cas de Cornélius Herz, après les indiscrétions des médecins anglais qui le traitent, c'était véritablement le secret de Polichinelle. Il n'y avait, d'ailleurs, pour l'inculpé, aucun préjudice à le faire connaître ; il n'en avait pas témoigné le désir, puisqu'il autorisait ses médecins à parler tout à leur aise et, quant à l'infraction aux règles de la procédure criminelle, c'est l'autorité judiciaire qui est responsable de la divulgation, puisqu'elle l'a autorisée.

La question est plus délicate lorsqu'il s'agit de la déclaration des maladies infectieuses. Nous avons déjà exprimé notre opinion à cet égard et nous avons fait nos réserves (2). Il est certain qu'on ne peut pas accuser d'indiscrétion un médecin qui, en temps ordinaire, fait connaître à l'administration les cas de scarlatine, de diphtérie ou de fièvre typhoïde qu'il a l'occasion d'observer dans sa clientèle, et à l'égard desquelles les familles ne lui ont pas demandé un secret qu'elles ne gardent pas elles-mêmes ; mais, en temps d'épidémie, et c'est là le moment où la déclaration prend de l'im-

(1) P. Brouardel, *le Secret médical*, VII, Secret de l'expert chargé d'une mission judiciaire. P. 131.
(2) *Union médicale*, n° 53, p. 626, 7 novembre 1893.

portance, la situation devient plus délicate. Supposons, par exemple, qu'il s'agisse d'une ville décimée par une épidémie rappelant par sa violence celles du commencement du siècle, et que, pour borner ses ravages, une administration trop zélée prenne le parti d'interner les malades malgré eux dans un établissement créé à cet effet. Il est évident que l'encombrement et la réunion d'un grand nombre de contagieux sur le même point y déterminerait une mortalité considérable, que cette sorte de lazaret deviendra un objet de terreur pour la population et que chacun cherchera à tout prix à se soustraire à l'internement. Eh bien ! lorsqu'un médecin sera appelé par un chef de famille qui, se confiant à son caractère et à la discrétion professionne, lui ouvrira sa porte en le suppliant de ne pas le trahir et de ne pas aller déclarer à la mairie que sa femme ou l'un de ses enfants a contracté la maladie régnante, pour qu'on ne vienne pas le lui enlever et le conduire dans cet établissement redouté ; lorsqu'il le suppliera de ne pas prononcer l'arrêt de mort du malade qu'on lui confie, eh bien ! dans ce cas, qui pourrait dire que ce médecin n'est pas lié par le secret médical et qu'il a le droit, sans manquer à sa conscience et à ses devoirs les plus sacrés, d'aller trahir la confiance que son client a mise en lui?

L'article 378 du code pénal, celui qui est relatif au secret professionnelle, en dispensait autrefois les médecins *dans les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs.* Ce mot sonne mal à notre oreille; mais, heureusement, les lois nouvelles ont affranchi la profession médicale de la plupart de ces obligations. La loi du 28 avril 1832 a prononcé l'abrogation des articles 103, 104, 105, 106, 107, 136 et 137 du code pénal, qui faisaient un devoir à tous les Français de se porter dénonciateur dans les cas de complot contre la sûreté de l'Etat, de crime de lèse-majesté et de fabrication de fausse monnaie ; l'édit de 1666, relatif à la dénonciation des individus blessés dans les rixes ou dans les émeutes est tombé en désuétude. On se rappelle encore la protestation que l'ordonnance du préfet de police Gisquet provoqua dans le corps des médecins des hôpitaux après les sanglantes journées des 5 et 6 juin 1832, leur refus de s'y conformer et la réponse très digne que fit Dupuytren à cette occasion : « Je n'ai pas vu, répondit-il, d'insurgés dans ma salle d'hôpital, je n'y ai vu que des blessés (1). »

Il est des cas, toutefois, où le médecin ne peut pas se dispenser de divulguer les faits dont il a eu connaissance dans l'exercice de sa profession et par le fait de celle-ci : c'est lorsqu'il s'agit de crimes dont il peut prévenir l'accomplissement ou faire punir les auteurs. C'est un devoir moral plutôt qu'une obligation imposée par la loi ; encore ce devoir comporte-t-il bien des restrictions, et met-il souvent le médecin dans l'embarras. Il y a pourtant un critérium qui peut, à mon sens, dicter sa conduite. Il doit se taire quand sa déclaratlon peut faire condamner ou peut flétrir le malade qui s'est confié à ses soins, qu'il lui ait ou non demandé le secret ; il doit parler dans le cas contraire. Deux exemples nous feront comprendre. Un médecin appelé près d'un de ses clients reconnaît qu'il est empoisonné. Celui-ci ne s'en doute pas, il ne lui fait de recommandations d'aucun genre et succombe. Le médecin, lorsqu'il a la certitude du crime, ne viole aucun secret

(1) P. Brouardel, *Le Secret médical*, loc. cit., p. 148.

en le désignant à la juslice, car il ne doit rien aux assassins qui ne l'ont pas mis dans leur confidence. Au contraire, dans un cas d'avortement, quand une femme s'est soumise à des manœuvres criminelles qui mettent sa vie en péril et qu'elle appelle son médecin à son aide, celui-ci n'a pas le droit de la dénoncer à la justice. parce que le fait de se remettre entre ses mains est confidentiel par son essence même et qu'il ne peut le divulguer sans porter les plus graves préjudices à sa malade.

Nous n'avons envisagé jusqu'ici le secret professionnel que dans ses rapports avec la santé publique et avec la justice ; mais ces conditions ne sont pas les plus communes ni les plus embarrassantes pour le praticien. Les cas où il s'agit de l'intérêt de ses clients sont bien plus nombreux et d'une nature bien plus délicate. Les questions relatives au mariage figurent au premier rang de ces problèmes difficiles. Dans les petites villes, où tout le monde se connaît, où les médecins sont les amis et les confidents des familles, il leur est souvent posé des questions qui mettent leur discrétion à une rude épreuve. Investis parfois de la confiance des deux familles entre lesquelles l'union est projetée, ils ne peuvent invoquer ni leur ignorance, ni se renfermer dans un silence qui équivaudrait à une accusation. On ne se rend aucun compte dans le public de l'obligation du secret médical, et quand le médecin l'invoque, celui qui l'interroge croit que c'est un faux-fuyant et qu'il y a quelque chose à cacher. Cependant son devoir de se taire est absolu.

D'une autre part, il y a pour lui une obligation morale de ne pas laisser s'accomplir une union dont il prévoit les résultats funestes ; il lui faut alors une grande prudence et une certaine habileté pour concilier ces deux exigences opposées.

La question se pose le plus souvent au point de vue de la syphilis, de la tuberculose et de l'aliénation mentale. Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme atteint de symptômes de syphilis encore susceptibles d'être communiqués, et recherchant en mariage une jeune fille dont les parents ne peuvent avoir aucun soupçon sur son état de santé. Le médecin qui dirige le traitement du malade est souvent l'ami de la famille dans laquelle il veut entrer, et, dans tous les cas, il s'agit d'empêcher une mauvaise action de se commettre. C'est au futur époux qu'il faut s'adresser dans ce cas, en lui faisant toucher du doigt ce qu'il y a de coupable dans sa conduite, et les conséquences qu'elle doit avoir pour lui. Il doit lui représenter sa jeune femme infectée, ses enfants condamnés en naissant, la nourrice contaminée, les débats soulevés par ses réclamations et entraînant la séparation de corps avec un scandale dont la honte doit retomber sur lui.

Il est très rare qu'un fiancé mis en présence de cette situation persiste à en courir les chances ; seulement il ne faut pas s'y prendre trop tard, et dans les petites villes, sur le terrain desquelles nous nous plaçons surtout, le médecin est toujours informé par les commérages des mariages qui se préparent longtemps avant les démarches formelles, et alors qu'il est encore facile de reculer.

Lorsque c'est au cours du mariage que la syphilis est contractée par l'un des époux et transmise à l'autre, la conduite du médecin est toute simple.

Si c'est le mari qui est coupable, il doit traiter la femme qui ne se doute de rien et la guérir sans lui laisser soupçonner la nature de son affection.

Si c'est la femme qui a contracté la syphilis en dehors de son ménage, le cas est plus délicat, parce que le mari est plus éclairé. On arrive pourtant à le rassurer et à le convaincre.

L'expérience prouve qu'il est facile de tromper ceux qui ont un vif désir de l'être et que c'est surtout en pareille matière que les hommes sont d'une heureuse crédulité.

La question du secret médical peut intervenir dans un cas analogue, mais plus rare; c'est celui où le médecin a la certitude que l'union projetée sera stérile, parce qu'il a constaté chez l'un des conjoints une affection qui rend la reproduction impossible, ou parce qu'il lui a pratiqué une opération ayant amené le même résultat.

Dans ce cas, il est certain qu'il faut se taire et le silence à moins d'inconvénient, car une union stérile est moins malheureuse qu'un mariage contaminé par la syphilis ou la tuberculose.

Delpech a payé de sa vie une indiscrétion de ce genre; encore n'est-il pas sûr qu'il l'ait commise. Demptos se bornait à l'en soupçonner, lorsque le 29 octobre 1832, il se plaça sur son passage au moment où il se rendait en voiture à son établissement orthomorphique. Demptos était armé d'un fusil à deux coups et tira sur lui presque à bout portant. La balle fractura une côte, traversa le sommet du poumon gauche, la crosse de l'aorte, le poumon droit, et sortit en fracturant l'humérus de ce côté au dessus de l'insertion deltoïdienne. La mort fut instantanée; mais l'assassin, craignant de l'avoir manqué, fit feu de son second coup et blessa mortellement le domestique qui soutenait Delpech dans ses bras. Le cheval, effrayé par cette double détonation, prit le galop, emportant les deux cadavres, et ne s'arrêta qu'au seuil de l'établissement où il avait l'habitude de se rendre tous les matins.

La tuberculose tend aux médecins des pièges plus difficiles à éviter. Il n'y a pas de coupables dans ce cas. De quelque côté que soit la fatale diathèse, celui qu'elle a touché ne s'en doute pas. On sait que les phtisiques se font toujours illusion, et ce n'est pas au médecin à la dissiper; mais la famille dans laquelle le tuberculeux désire entrer a des soupçons et s'adresse naïvement au confrère pour s'éclairer. Celui-ci lui fait une réponse évasive qui est déjà presque une indiscrétion, et s'il se renferme dans un silence absolu, c'est plus positif encore. Il faut aller au-devant de la difficulté et devancer, si faire se peut, les questions, en agissant sur l'esprit du malade, en lui représentant qu'il faut attendre, qu'il n'est pas encore complètement guéri, que le mariage pourrait retarder ou compromettre son rétablissement. Les médecins ont beaucoup d'entregent dans les petites villes et peuvent, par des moyens indirects et étrangers à la profession, empêcher ou retarder des mariages, et en pareil cas, c'est beaucoup que de gagner du temps, parce que l'état de santé du fiancé suspect va s'aggravant, ou parce que, les commérages aidant, la vérité se fait jour toute seule.

Les difficultés sont les mêmes quand il s'agit d'aliénation mentale ou d'épilepsie; seulement la notoriété publique épargne plus souvent aux médecins les questions indiscrètes. Ces maladies se révèlent d'elles-mêmes et leurs manifestations extérieures sont bien difficiles à dissimuler. La conduite à tenir est d'ailleurs la même que dans le cas de tuberculose.

Si nous avons insisté si longuement sur ces points délicats de déonto-

logie médicale, c'est qu'ils ont le plus grand intérêt pour les médecins qui pratiquent en dehors des grands centres, dans des localités où ils vivent sous la tyrannie incessante de l'opinion publique, aveugle et malveillante, et qu'il suffit souvent d'une maladresse pour compromettre leur situation d'une manière irrémédiable. Or, ces praticiens forment la grande majorité de la famille médicale; ils en constituent la partie la plus intéressante, parce que ce sont eux qui font le plus rude métier et parce qu'ils l'exercent avec un zèle et un désintéressement aussi méritoires qu'ils sont méconnus.

JULES ROCHARD.

L'ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE

C'était en 1887. Nous étions bien cinq ou six, conviés par Gallet-Lagoguey à une réunion préparatoire, chez lui, en petit comité. Je ne savais rien de la question, aussi fus-je nommé président par acclamation. Les quelques amis présents, mieux édifiés, étaient déjà les confidents de cet homme de bien, les travailleurs de la première heure qui l'ont soutenu dan son œuvre et aujourd'hui la poursuivent. On me demandait mon appui moral, quelques mots dans l'*Union*, et, sans peine, je me laissai gagner par l'ardeur généreuse du fondateur de l'Association et par le dévouement de ses disciples.

Gallet-Lagoguey a sacrifié son temps, sa clientèle, sa santé ; il est mort à la tâche. L'œuvre a prospéré, et nous fêtions vendredi dernier les premiers 100,000 francs de son capital-réserve.

Rondeau, l'ancien secrétaire général, aujourd'hui président de l'Association, Rondeau, le collaborateur infatigable de Lagoguey, le dépositaire de ses premiers espoirs, n'assiste pas au banquet ; un deuil subit le retient loin de nous, ce qui nous le fait regretter doublement ; Letulle, vice-président, lit à sa place un discours où, si je ne me trompe, il est dit beaucoup en peu de mots, et que je tiens à reproduire :

Messieurs,

Procurer aux carrières dites libérales les bienfaits de la mutualité qui semblait le monopole des associations ouvrières.

Eviter la nécessité, toujours pénible, de recourir à l'assistance charitable de nos associations professionnelles en établissant *le droit absolu* à l'indemnité de maladie, tels sont Messieurs, les deux grands services que notre fondateur, le toujours regretté Gallet-Lagoguey, a rendu au corps médical français. Après trois longues années de recherches et de calculs, Lagoguey et les quelques collaborateurs auxquels il avait fait partager ses idées et ses espérances déclarent que l'Association médicale du département de la Seine commence à fonctionner sur les bases suivantes :

Toute Association mutuelle, pourvu qu'elle ne s'impose pas d'autres charges, peut allouer à ses membres atteints d'incapacité de travail temporaire ou permanente, par suite de mala adies ou d'accident s, une indemnité quotidienne d'un taux égal à celui de la cotisation mensuelle versée par chacun d'eux. Elle peut payer cette indemnité avec ses seules ressources e quelle que soit la durée de la maladie.

Nous sommes en 1887.

Les 67 premiers adhérents passent heureusement l'année sans maladie.

En 1888	nous sommes	120	
— 1889	—	151	
— 1890	—	194	
— 1891	—	215	
— 1892	—	256	
— 1893	—	280	à cette date.

Avec les adhésions plus nombreuses, les malades ont fait leur apparition, et depuis notre fondation nous avons eu à payer 40,500 francs à nos sociétaires.

Laissez-moi vous citer quelques-unes de ces indemnités. Le minimun est de 90 francs. Je ne parle pas des indemnités de 100, de 200 ou de 300 francs, mais que pensez-vons

de 5	indemnités	de	500 à 580 francs
de 6	—	de	700 à 770
de 2	—	de	810 et 820
de 2	—	de	1.000
de 1	—	de	1.100
de 1	—	de	1.930
de 1	—	de	2.450
de 1	—	de	2.740
de 1	—	de	3.750
et enfin de 1	—	de	4.850 francs ?

Ne trouvez-vous pas, Messieurs, que ce sont là des chiffres éloquents, et ce n'est pas sans hésitation que je me suis décidé à avouer de telles prodigalités devant notre conseil judiciaire. Rassurez-vous, Messieurs, nos dépenses étaient prévues, et si bien prévues, que nous célébrons aujourd'hui les premiers 100,000 francs de notre capital-réserve. Il faut dire que chez nous *toutes les fonctions sont gratuites*, et que nos frais de gestion ont été en moyenne de 4 francs par an et par sociétaire, ce qui rétablit une heureuse moyenne avec les grosses dépenses de maladie.

Messieurs, aux assemblées annuelles, le secrétaire a toujours les corvées désagréables ; je désire qu'il ait un dédommagement ce soir et je lui laisse le plaisir et l'honneur de porter la santé de nos hôtes; mais, avant de lui donner la parole, je vous prie de lever vos verres à la mémoire de notre fondateur, Gallet-Lagoguey, et à la santé du triomphatenr d'aujourd'hui, j'ai nommé notre excellent trésorier et ami, le docteur Fissiaux.

Dans des allocutions chaleureuses ou spirituelles, MM. Brouardel, Laborde, Martin-Feuilée, Sagnez et Kuhff constatent le succès grandissant de l'Association, boivent à sa prospérité et rendent un pieux hommage à la mémoire de son fondateur.

L.-G. Richelot.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 novembre 1893

Influences héréditaires expérimentales

MM. Gley et Charrin. — Il n'y a pas d'expériences positives permettant d'affirmer la possibilité de transmettre aux descendants tel état anatomique ou physiologique déterminé du fait de l'influence de l'élément mâle. MM. Gley et Charrin ont pensé que la

bactériologie pourrait faciliter la solution de ce problème, et ont entrepris des expériences.

Ils ont vacciné des lapins mâles contre le bacille pyocyanogène et les ont accouplés avec des femelles normales. Après quelques mois, ils ont étudié la résistance des femelles et de leurs petits à l'infection pyocyanique. Ils ont vu que l'état réfractaire réel mais variable chez les mâles était incomplet et inconstant chez les femelles et plus marqué chez celles qui se sont montrées fécondes. Cette transmission de résistance s'opère grâce à l'accouplement et à la grossesse. Il est rare de voir l'immunité transmise aux descendants ; elle est toujours incomplète. En dehors des phénomènes indiqués, on observe chez les femelles ainsi couvertes la stérilité, des avortements, des morts dans les premiers jours. Si les produits s'élèvent, ils sont normaux ou atrophiés ; les os dans ce dernier cas sont courts, les épiphyses sont volumineuses, tuméfiées surtout au niveau des membres. Le poids général est très inférieur. Or, des accidents de même ordre se produisent lorsque les deux générateurs sont vaccinés, lorsque la mère seule a été rendue réfractaire ou lorsque l'infection des parents est subaiguë. Il semble donc y avoir, ce qui va à l'encontre de la théorie de Weissmann, transmission de propriété des éléments somatiques aux germinatifs.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 novembre 1893. — Présidence de M. Fernet.

La staso-basophobie

MM. Debove et Boulloche ont observé une malade âgée de 48 ans, qui entra à l'hôpital le 15 octobre 1892 parce qu'elle était absolument hors d'état de se tenir debout et de marcher ; ces troubles locomoteurs dataient déjà de dix ans ; ils avaient débuté brusquement à cette époque à la suite d'une émotion très vive ; d'abord assez prononcés, puisqu'il était impossible à la malade de descendre des escaliers, ces troubles s'étaient ensuite améliorés, mais n'avaient jamais disparu complètement. Dans ces deux derniers mois ils s'étaient beaucoup aggravés.

Dans le décubitus dorsal, cette femme pouvait exécuter tous les mouvement qu'on lui commandait, mais dès qu'on la mettait debout, ses jambes fléchissaient et elle tombait si on ne la soutenait pas, ou du moins si on ne lui donnait pas la main. Dès qu'elle se sentait guidée pour ainsi dire, elle pouvait très bien rester dans la station debout et même marcher. Il s'agissait donc d'un phénomène psychique, d'une sorte de peur, d'une « staso-basophobie », que l'on peut comparer à l'agoraphobie. Il n'y avait pas la moindre diminution de la motilité ni de troubles de la sensibilité générale ou spéciale. Le réflexe patellaire était aboli, mais on ne trouvait aucun signe d'ataxie ; la malade ne présentait en outre aucun stigmate hystérique.

Peu à peu, grâce à une sorte d'entraînement progressif, on réussit à faire marcher la malade ; elle ne peut cependant encore traverser seule une rue ou descendre un escalier.

M. Debove pense qu'il s'agit, dans ce cas, d'un état voisin de l'agoraphobie, parce qu'il n'y avait pas le sentiment d'angoisse si fréquent chez les agoraphobes et parce que la malade ne pouvait ni se tenir debout ni marcher dans un espace très limité. On ne peut dire non plus qu'il s'agisse d'hystérie, puisque la malade ne présente aucun stigmate de cette névrose ; ce n'est pas non plus de l'astasie-abasie, car celle-ci semble due à une amnésie particulière contrastant avec l'intégrité de la force musculaire et de la coordination des mouvements des membres inférieurs. Chez la malade de M. Debove, il s'agissait d'une « phobie » et non d'une amnésie. Ce cas est à rapprocher de cas analogues rapportés par Biswanger Séglas, Bouveret.

M. Rendu a observé un malade présentant des troubles analogues à ceux que signale M. Debove ; on avait porté le diagnostic de paralysie d'origine mentale.

M. Ballet a vu, chez un petit garçon de 7 ans, des troubles analogues, mais généralisés ; de plus, ils furent passagers. La force musculaire n'était nullement diminuée puisque l'enfant contractait ses muscles quand on détournait son attention.

Localisation des lésions médullaires dans la sclérose latérale amyotrophique

M. Marie avait déja insisté, dans ses leçons de 1891, sur ce point que dans la sclérose latérale amyotrophique les lésions ne sont pas seulement localisées aux cellules des cornes antérieures de la substance grise, mais qu'elles atteignent d'autres régions de ces cornes et qu'elles peuvent se propager jusqu'au col de la corne postérieure. Grâce aux progrès que l'anatomie du système nerveux a faits depuis la coloration de Golgi, M. Marie peut confirmer son opinion première.

Quand on compare les lésions du faisceau latéral proprement dit dans un cas de dégénération secondaire d'origine cérébrale et dans un cas de sclérose latérale amiotrophique, on voit que, dans cette dernière affection, ces lésions occupent une zone beaucoup plus étendue et dépassent de beaucoup surtout en avant le territoire du faisceau pyramidal croisé ; il y a donc une *dégénération supplémentaire* du faisceau latéral. C'est cette dernière que M. Marie va expliquer.

On sait que la substance grise médullaire renferme des cellules spéciales (cellules du cordon latéral) d'où partent un grand nombre de fibres concourant à former le cordon latéral.

C'est à la lésion de ces cellules que doit être attribuée la dégénération supplémentaire.

Ce fait explique encore un autre point obscur. Dans certains cas de sclérose latérale amyotrophique, les lésions du faisceau pyramidal peuvent être suivies jusqu'aux circonvolutions ; dans d'autres cas, au contraire, les lésions du faisceau pyramidal semblent s'arrêter au bulbe. Mais, dans le premier cas, les lésions vont en décroissant à mesure qu'elles s'élèvent.

Il est très vraisemblable que des fibres nées des cellules médullaires du cordon latéral remontent dans le territoire du faisceau pyramidal ; d'où l'aspect de la lésion, quand ces fibres ont subi la dégénération.

Quand aux fibres mêmes du faisceau pyramidal, M. Marie insiste sur ce fait que, dans la sclérose latérale amyotrophique, leur lésion naît sur place, dans chaque segment médullaire, et qu'elle est causée probablement par le processus inflammatoire développé au niveau des cellules du cordon latéral et de leurs prolongements.

L'existence, dans la substance grise de la moelle, *de cellules du cordon antérieur*, analogues aux cellules du cordon latéral, explique ce que M. Marie a dit pour le faisceau pyramidal croisé s'applique également au faisceau pyramidal direct.

Donc, en résumé : 1° la sclérose latérale amyotrophique est essentiellement caractérisée par une polimyélite intense et progressive; 2° cette poliomyélite frappe non pas seulement les cellules motrices des cornes antérieures, mais encore un grand nombre d'autres cellules, *cellules des cordons*, situées soit dans la corne antérieure ou latérale, soit dans les régions moyennes de la substance grise, soit enfin dans le col de la corne postérieure ; 3° la lésion de ces cellules joue un rôle capital dans la production des altérations de la substance blanche médullaire ; c'est à elle qu'est due la dégénération des fibres extra-pyramidales du cordon latéral, et probablement aussi pour une très grande part, la dégénération des fibres qui se trouvent dans le territoire pyramidal proprement dit.

Erythème scarlatiniforme desquamatif

M. Le Gendre a communiqué à la Société, au mois de mars dernier (1), un cas d'érythème scarlatiniforme desquamatif prolongé, survenu pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. 42 jours après le début de la maladie, et après plusieurs jours d'apyrexie, la fièvre avait reparue, en même temps que se montrait une éruption scarlatiniforme, bientôt généralisée à tout le corps ; à l'érythème avait succédé une desquamation abondante, comparable à celle qu'on observe dans la dermatite exfoliatrice ; les ongles et les cheveux étaient tombés. Deux mois après le début de l'érythème scarlatinIforme le malade mourait.

Quelques jours après le décès, un autre malade, arrivé également à la période de convalescence d'une fièvre typhoïde régulière et de moyenne intensité, fut pris lui aussi d'un érythème scarlatiniforme qui se généralisa et qui fut suivi d'une desquamation abondante ; c'était, en un mot, le tableau qu'avait présenté le premier malade. Mais ici, la terminaison fatale survint plus rapidement, en quelques semaines.

Un troisième malade, toujours dans la même salle, presenta quelques temps après également à la fin d'une fièvre typhoïde, un érythème scarlatiniforme semblable à celui des deux premiers cas. La mort survint très rapidement en quelques jours, au milieu de crises épileptiformes. Les urines de ce malade contenaient de l'albumlne.

Enfin, un quatrième malade, atteint de mal de Bright vulgaire, fut également pris d'érythème scarlatiniforme desquamatif et mourut en quinze ou vingt jours avec un accroissement notable de l'intensités des troubles rénaux.

M. Le Gendre appelle l'attention sur ce fait curieux de quatre malades atteints successivement à quelques jours de distance d'un même érythème scarlatiniforme desquamatif se terminant chez tous par la mort.

On dirait une maladie infectieuse et contagieuse, semblant augmenter de virulence à mesure qu'elle se transmettait à de nouveaux malades et les tuant plus vlte. Il est aussi à remarquer que, du moment où des précautions furent prises, après la mort du quatrième malade, cet érythème scarlatiniforme ne reparut plus dans la salle.

Un auteur anglais M. Thomas Gaville, a publié un mémoire, que M. Thibierge signala à M. Le Gendre, sur plusieurs cas, analogues aux précédents.

Au point de vue bactériologique, M. Thomas Saville décrit un diplocoque qu'il a trouvé dans les squames et auquel il attribue une certaine importance dans la genèse de l'affection. On se souvient que dans le premier cas publié par M. Le Gendre, les cultures faites par M. Beaussenat avec des squames prélevées à la partie antérieure du thorax au voisinage de l'aisselle avaient donné un micro-organisme offrant tous les caractères du coli-bacille. Dans les trois cas suivants on ne trouva aucun microbe.

COURRIER

—

Samedi soir, 18 novembre, M. Grancher a fait dans la nouvelle Sorbonne, sur l'invitation de l'Association des étudiants, une conférence dans laquelle il a traité de *l'influence des travaux de M. Pasteur sur la médecine contemporaine* et a fait l'histoire des *fermentations, de la maladie des vers à soie, du charbon* et *de la rage*. Il a terminé son discours par ces paroles :

(1) Voir l'*Union médicale* du 28 mars 1893.

« Et si vous voulez mon opinion, la voici :

« Lorsque, dans un millier d'années, vers l'an 2893, un médecin parlera aux jeunes générations, à ses élèves, de la marche et de l'évolution de la médecine, il citera, avant tous les autres, ces deux noms immortels : Hippocrate et Pasteur. »

Ouverture du cours de médecine opératoire. — Nous reproduisons ce petit alinéa du *Progrès médical*, qui ne manque pas d'une certaine saveur :

« M. Terrier ne fera probablement le cours de médecine opératoire qu'une année. N'est-ce pas dire que les leçons de cet hiver auront lieu dans les meilleures conditions possibles ! Les étudiants ont une occasion unique d'entendre le professeur traiter des questions auxquelles il a consacré son existence chirurgicale. Ils auraient mauvaise grâce à ne pas profiter d'une circonstance aussi exceptionnelle. »

— *Nature* publie une courte note envoyée par un correspondant des Indes sur deux nains hindoux. D'après leurs réponses, ces nains appartiendraient à une famille où le nanisme serait héréditaire selon la ligne mâle : chaque nain, épousant une femme normale, procréerait des filles normales, mais ses fils seraient nains, ou du moins deviendraient tels à partir de l'âge de 6 ans, âge où cesserait leur croissance. Tout ceci est bien extraordinaire (cette hérédité localisée sur le sexe masculin en particulier) et de plus amples renseignements ne pourraient qu'être fort bien accueillis.

Nature annonce aussi qu'une souscription va être ouverte aux Indes pour la création d'un Institut Pasteur près de Simla. (*Revue scientifique*).

— Le docteur Sidney Davies a noté la grande fréquence des maladies mentales en Egypte. La folie religieuse est la forme la plus ordinaire chez les naturels du pays. L'usage du haschish et leurs pratiques étranges ne doivent pas être étrangers au développement de l'affection. Le climat chaud et sec de l'Egypte doit avoir aussi son influence, car les Européens ne sont pas épargnés. L'abus des alcools doit aussi être mis en cause.

En 1885, dans l'armée anglaise, les maladies mentales atteignaient la proportion de 5 pour 100:

— Il est question d'introduire en Angleterre un système d'identification des criminels, et entre la méthode anthropométrique de M. Bertillon, et la méthode de M. Galton (empreintes digitales), on ne sait que choisir. Les Etats-Unis emploient la méthode de M. Bertillon, qui est appliquée d'une façon très générale.

— M. Maury, syndic du Conseil municipal, accompagné de l'inspecteur en chef des beaux-arts, M. Armand Renaud, s'est rendu mercredi à l'institut Pasteur, pour remettre à l'illustre savant, une reproduction sur parchemin, calligraphiée et richement enluminée de l'adresse votée par cette assemblée, à l'occasion de son jubilé.

Cette reproduction, véritable œuvre d'art, était renfermée dans un portefeuille de maroquin rouge, aux armes de la Ville.

— M. le docteur Carion (de Charleville) a été nommé président de l'Association des médecins des Ardennes, en remplacement du docteur Toussaint, décédé.

— La Société médicale de Reims a décerné le prix annuel des internes à M. Maurice Jolly.

Engagements volontaires de trois ans réservés aux étudiants en médecine. — Le ministre de la guerre vient d'adresser aux préfets la dépêche suivante :

« Monsieur le préfet,

« M. le ministre de l'instruction publique m'a fait connaître que les Facultés n'auront pas terminé cette année les examens de la deuxième partie du baccalauréat aussi tôt que les années précédentes et qu'une série est notamment convoquée à Paris pour le 14 et le 17 de ce mois.

« Dans l'intérêt d'un certain nombre de jeunes gens qui attendaient le résultat des examens pour pouvoir contracter l'engagement prévu par la loi du 11 juillet 1892, j'ai décidé que la période pendant laquelle les engagements de cette nature doivent être souscrits sera prolongée jusqu'au 23 novembre.

« Cette faveur sera, toutefois, exclusivement limitée aux candidats qui ne remplissaient pas encore au 10 novembre les conditions exigées pour être admis à s'engager. Ces engagements ne seront acceptés que pour les régiments d'infanterie, d'artillerie et du génie, qui, aux termes de la circulaire de répartition, sont appelés à recevoir les jeunes soldats de la classe de 1892 de la subdivision où la famille des engagés est domicilié. »

Concours de chef interne. — A la suite du concours ouvert à l'hôpital Saint-André, le 14 novembre, M. le docteur Oui vient d'être proposé à l'Administration des hôpitaux, pour remplir les fonctions de chef interne, médecin résident de l'hôpital Saint-André.

M. Aunis a été nommé premier interne.

Concours de clinicat chirurgical des enfants a la faculté de Bordeaux. — M. Ozoux, classé le premier, sera proposé comme chef de clinique, et M. Ziégler, classé le second, comme chef de clinique adjoint.

— M. le docteur Thiéry, chef de clinique chirurgicale à la Charité, commencera le mardi 28 novembre, à 11 heures, une série d'exercices cliniques au cours desquels les élèves, dont le nombre est limité à 10 seront exercés *individuellement* à la pratique du diagnostic et des interventions de petite chirurgie.

La série comportera 10 leçons. Se faire inscrire à l'avance auprès de M. Thiéry.

Conférences cliniques sur les maladies des yeux. — Le docteur Galezowski reprendra son cours annuel d'ophthalmologie à sa clinique, 41, rue Dauphine, lundi prochain, 20 novembre, à 2 heures et demie, et le continuera les lundis suivants à la même heure.

Ces leçons comprendront l'étude de la thérapeutique et de la chirurgie oculaires.

Opérations : les lundis, les mercredis et les vendredis à 3 heures.

Examen ophthalmoscopique, les jeudis à 3 heures.

Réfraction : leçons les mardis à 2 heures. Chaque samedi, M. le docteur Rémy fera un cours sur le strabisme et les paralysies musculaires.

Démonstrations microscopiques tous les vendredis, par M. le docteur Ségalt.

Nécrologie. — M. Landoz, Amance (Haute-Saône). — Le docteur Jullian, de Château-Renard (Bouches-du-Rhône). — Le docteur Lafosse, de Cherbourg. — Le docteur Etoc-Demazy, ancien médecin en chef de l'asile des aliénés de la Sarthe, correspondant de l'Académie de médecine depuis 1836, officier de la Légion d'honneur (Mans). M. Chassan (Paul), Céreste (Basses-Alpes).

— Le docteur H.-W. Stellwagon a attiré l'attention sur sur la proportion croissante des galeux aux Etats-Unis. L'affection, qui atteignait seulement 0,9 p. 100 des malades souffrant de maladies de peau en 1890 a augmenté de 5,39 p. 100 l'année suivante. Actuellement, Philadelphie fournit le plus grand pourcentage des cas de gale. Après Philadelphie vient Boston avec 7,38 et New-York avec 6,36. A Baltimore 4,61, à Chicago 3,53, à Saint-Louis 2,88.

Hopital des enfants malades, 149, rue de Sèvres. — *Chirurgie infantile, orthopédie.* — M. le docteur de Saint-Germain reprendra ses leçons cliniques le jeudi 23 novembre et les continuera les jeudis suivants (9 heures).

— Ecole de médecine de Nantes. — Ont été proclamés lauréats :

Première année. — Premier prix : M. Sébilleau ; deuxième prix : M. Pouzin ; accessit : M. Jeannin ; mentions très honorables : MM. Grosse et Brochard.

Deuxième année. — Premier prix : M. Rouger ; deuxième prix : M. Duclos ; premier accessit : M. Augé ; deuxième accessit : M. Haie.

Troisième année. — Troisième année : néant.

Quatrième année. — Premier prix : M. Aubry.

Prix de clinique. — Premier prix : M. Olgiati ; deuxième prix *ex æquo* : MM. Augé et Bautureau.

Maladies nerveuses et psychiatrie. — M. le docteur Bérillon reprendra, le jeudi 23 novembre, à deux heures, à sa clinique, 49, rue Saint-André-des-Arts, son cours sur les applications de l'hypnotisme à la neuropathologie et la psychiatrie. Il le continuera les jeudis suivants, à dix heures et demie.

Corps de santé de la marine et des colonies. — D'après le compte rendu des services rendus par le personnel de la marine, durant l'épidémie de choléra qui a sévi pendant cinq mois à Brest et dans les environs, le ministre, s'associant pleinement aux appréciations portées par le préfet maritime de Brest sur le personnel d'élite qui s'est distingué dans ces circonstances, a, conformément aux dispositions qui lui ont été soumises, présenté à la sanction du président de la République un projet de décret accordant à M. le médecin de 1re classe Vergos, médecin résident à l'hôpital maritime, la croix de chevalier de la Légion d'honneur ; accordé un témoignage officiel de satisfaction à MM. le docteur Bourdon, médecin de 1re classe, et Vincent, médecin de 2e classe, et enfin décidé l'inscription d'office de M. Négadelle, médecin de 1re classe, au tableau d'avancement pour le grade de médecin principal.

Une décision du président de la République, du 8 novembre, alloue la solde entière, pendant deux mois, aux médecins et pharmaciens de la marine qui suivent les cours de bactériologie actuellement professés à Paris, à l'Institut Pasteur. — Ces cours ont une durée de deux mois.

M. le médecin de 1re classe Mortreuil, placé dans la position de congé hors cadre, pour servir à la Compagnie transatlantique, est réintégré dans le cadre des médecins de 1re classe.

— Sur l'avis émis par le Conseil supérieur de santé de la marine, dans sa séance du 31 octobre dernier, le ministre de la marine a décerné le prix du docteur Blache à M. le médecin en chef E.-J.-L. Bertrand, pour son travail de thérapeutique, exclusivement médicale, intitulée : *Essai historique, critique et clinique sur le traitement de la pneumonie lobaire ou fibrineuse aiguë.*

M. le médecin de 1re classe Salanoue-Ipin, du port de Brest, est désigné pour servir comme médecin-major aux troupes du corps expéditionnaire du Dahomey.

M. le médecin de 2e classe Bavay, de Brest, servira comme aide-major au 3e régiment d'infanterie de marine à Rochefort, en remplacement de M. Lecœur, réintégré dans le service général, et qui est appelé à remplacer à la prévôté du 1er dépôt des équipages, à Cherbourg, M. Hagen, du port de Toulon, qui terminera son temps de séjour réglementaire en décembre prochain.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

BULLETIN

On s'occupe beaucoup à la Faculté de médecine, voire même au ministère de l'instruction publique, du remaniement du concours pour l'agrégation; certains disent même qu'à l'heure actuelle, des changements radicaux auraient été décidés, et la question a trop d'importance pour que nous ne nous en occupions pas.

Ce pauvre concours de l'agrégation se débat, depuis bien des années, au milieu d'un lacis qui paraît inextricable, lutte pour l'existence, et beaucoup de savants médecins pensent même qu'il est frappé à mort et qu'il ne réchappera pas aux derniers coups qui lui ont été portés. Ce serait, à notre avis, un grand malheur que la disparition d'une institution bonne à tous égards, qui a fait il y a longtemps ses preuves et qui, quoiqu'on en dise, ne sera remplacée par aucune autre.

Mais, pour le moment, il n'est question que d'un nouveau changement à apporter dans son fonctionnement. On a, comme on le sait, il y a environ trois ans, complètement modifié le programme des épreuves, et cela sans grand succès, paraît-il, puisque cette fois c'est sur le jury que se reporte l'attention du pouvoir public. Les juges ne seraient plus pris dans la capitale et dans la province ; Paris ne serait plus le centre unique du concours trisannuel ; mais chaque Faculté se chargerait de soumettre ses candidats aux épreuves nécessaires à son choix et d'assurer son recrutement.

Certes, on pare ainsi à un reproche souvent énoncé : celui d'exposer le candidat parisien à être soumis à l'appréciation d'un professeur de province qui fut autrefois son élève. On évite de plus, de déplacer pour trois mois, et par conséquent d'arracher à l'enseignement pendant ce laps de temps, un homme qui occupe une chaire importante ; mais il est bien évident, d'un autre côté, qu'on retire un certain prestige aux épreuves ; qu'on supprime pour quelques-uns cette émulation qui est l'âme du progrès et qu'on peut se demander si cette décentralisation, avantageuse pour les juges de province, ne nuira pas un peu à la valeur relative des candidats.

Du reste, il faudrait savoir si cette nouvelle mesure sera efficace et si les opérations du concours seront meilleures quand elles dépendront de professeurs appartenant tous à la même Faculté. L'avenir le démontrera ; mais, pour notre part, nous croyons qu'il y aurait peut-être mieux à faire. Dans un concours, il y a trois éléments de première importance: le juge, le programme et la façon de voter. On a successivement, et sans grand succès, modifié le jury, le nombre et la nature des épreuves si on s'adressait cette fois au mode d'appréciation des épreuves. Il nous semble qu'il y a là quelque chose à faire ; car, si on réfléchit à ce qui se passe à l'heure actuelle, on est frappé, il nous semble, de ce fait étonnant que, dans un concours qui va durer deux ou trois mois, les juges arrivent au vote final, après six épreuves différentes, sans avoir donné un seul instant leur avis

sur chacun des candidats. Nous savons bien qu'on prend des notes et que c'est sur celles ci qu'on doit juger, mais ne serait-il pas préférable d'adopter une autre manière de faire? Tous les professeurs ont été juges au concours du Bureau central, ils approuvent certainement la façon dont sont conduites les épreuves, puisqu'en leur qualité de médecins des hôpitaux ils ne font rien pour en modifier la nature. Pourquoi n'adopterait-on pas, dans ce grand concours de l'agrégation, la même façon de procéder? La note de chacun des candidats serait ainsi affichée après chaque épreuve et la somme totale des points acquis ferait le classement. Il y a là une application de la division du travail qui, il nous semble, rendrait plus facile cette tâche si lourde de juge au concours de l'agrégation.

Les infections bronchiques

Reprenant une idée de Beau et d'Hayem passée inaperçue, M. Claisse, dans un travail excellent, vient d'établir le rôle de l'intoxication dans la pathogénie des symptômes des bronchites.

Les infections bronchiques, par suite de l'abouchement à plein canal du système bronchique avec un système cavitaire normalement septique (pharynx, bouche, nez) placé au-dessus, sont relativement fréquentes. On peut les observer chez l'enfant, l'adulte et le vieillard, et M. Claisse a pris comme type les cas qui, chez les premiers, revêtent la forme d'un catarrhe suffocant rapide.

La défense bronchique est réalisée par les cils vibratiles, l'appareil sécréteur constitué par les cellules caliciformes et les glandes bronchiques, la couche lymphoïde des premières voies qui exerce la fonction phagocytrice lorsque la barrière épithéliale est franchie par l'infection. Les capillaires sanguins assurent une riche nutrition; enfin, la sensibilité réflexe bien connue des voies aériennes les force à rejeter par l'expectoration les substances nuisibles.

Les petites bronches moins exposées que les grosses, sont aussi moins bien défendues; il y a plus d'épithélium cilié, l'appareil excréteur manque, le système lymphatique s'est simplifié, la sensibilité a disparue. Les anneaux musculaires tendent bien à débarrasser les canaux des corps étrangers, mais ils se paralysent facilement.

La forme clinique que décrit M. Claisse débute habituellement par une bronchite simple ou spécifique. Puis survient une période asphyxique pendant laquelle l'enfant lutte contre le manque d'air et essaye par tous les moyens de faire pénétrer le fluide vital dans ses poumons. L'angoisse est extrême, les narines battantes, le nombre des respirations atteint 80 et plus par minute. A l'auscultation, on entend des râles sonores, parfois des râles muqueux ou sous-crépitants. Fréquemment l'adénopathie bronchique, qui existe toujours, s'accuse par de la matité et un souffle bronchique au niveau du hile. La température est très élevée et il y a assez souvent une légère augmentation de volume du foie.

Au bout de douze ou vingt-quatre heures, le petit malade perd ses forces, la lutte devient moins vive et l'adynamie se prononce. Le faciès est celui des intoxications graves: yeux excavés et entourés d'un cercle coloré,

cornées ternes et flétries, tension oculaire diminuée, pupilles retrécies, teint pâle et mat.

Il peut se produire des manifestations cutanées d'apparences diverses, purpuriques et érythémateuses, quelquefois légèrement noueuses et saillantes. Ce sont des érythèmes infectieux.

La mort survient du deuxième au quatrième jour, la température restant très élevée jusqu'à la fin.

C'est là la forme hypertoxique, plus rare du reste que les formes bénignes qui guérissent ou que celles qui aboutissent à la broncho-pneumonie. Il faut aussi noter que les réactions sont beaucoup moins franches chez les très jeunes enfants.

A l'autopsie, on trouve dans les poumons des plaques d'emphysème, des foyers septiques, de la congestion des bases. Un exsudat purulent, parfois squameux, tapisse les grosses bronches ; il envahit les fines ramifications et les comble plus ou moins. Mais jamais M. Claisse n'a observé des obstructions assez étendues pour que l'on pût attribuer la mort à l'asphyxie mécanique. Le foie est stéatosé et le plus souvent la stéatose prédomine autour des espaces porte ; c'est une lésion toxique microbienne qui peut devenir l'origine d'une auto-intoxication provenant de l'intestin.

Du côté des grosses bronches les principales lésions épithéliales sont la proliferation de la couche de remplacement, la disposition des cellules cylindriques superficielles, la destruction complète de l'épithélium par places. Fréquemment, il y a des amas de leucocytes dans le tissu réticulé.

Le revêtement épithélial des petites bronches devient irrégulier, les cellules cylindro-cubiques tombent et en certains points la bronche, qui n'a plus de revêtement, est comblée par l'exsudat rempli des agents de l'infection.

A l'extrémité supérieure de l'arbre aérien les produits toxiques sont dilués par le mucus, agités par les cils et tendent à être expulsés. En même temps au niveau des petites ulcérations épithéliales les leucocytes s'accumulent et forment une barrière prête à englober les microbes. A l'extrémité inférieure, au contraire, il y a production facile, stagnation et absorption plus active des poisons microbiens concentrés. Il faut que le poison ait pénétré dans les grosses bronches pour produire des symptômes toxiques graves.

Parfois, on ne trouve dans les bronchioles une seule espèce microbienne le plus souvent, il y a association du streptocoque prédominant avec le pneumocoque, le staphylocoque doré, etc. Trois fois, M. Claisse a trouvé le streptocoque dans le sang, une fois le pneumocoque.

Si une lésion bronchique est le point de départ de l'infection seule elle permet à la multiplication microbienne de s'effectuer. Cette lésion peut relever d'un traumatisme, de l'élimination bronchique de certains produits, d'une manière générale telle que la rougeole ou la fièvre typhoïde, etc.

Une fois le microbe en voie de multiplication, sa culture dans les voies aériennes a pour résultat : la production d'une quantité plus ou moins grande d'exsudat qui va obstruer des territoires bronchiques plus ou moins étendus ; — la formation de produits microbiens dont l'absorption provoque des accidents toxiques.

Cette intoxication avait à peine été soupçonnée et M. Claisse a eu le grand mérite de la mettre pleinement en évidence.

REVUE DE LA PRESSE ANGLAISE

(CHIRURGIE)

Une récente discussion à la Société de chirurgie de Paris sur l'intervention sanglante dans les cas de phlébite avec thrombose donne un intérêt particulier à l'observation de M. Elwin Harris dans *the Lancet* du 14 octobre 1893.

Il s'agit dans ce fait d'un *cas de thrombose du sinus latéral* traité par la *trépanation* et suivie de *guérison*. C'est une otite purulente qui fut le point de départ de l'affection. Il y avait de la douleur, des maux de tête constants et une fièvre continue avec une température élevée. Malgré tous ces symptômes, le malade fut gardé en observation pendant un mois et deux jours, et l'intervention fut alors décidée. A ce moment, il y avait du gonflement au niveau de la mastoïde et un œdème se propageant au cou et à la nuque.

Après anesthésie par le chloroforme, le trépan fut appliqué non pas directement vis-à-vis des cellules mastoïdiennes ; mais, comme on allait de parti pris à la recherche du sinus latéral, un peu en arrière. Le sinus fut ouvert et on put extraire un liquide mélangé de pus et de sang. L'ouverture du sinus fut alors agrandie presqu'à la dimension de 3 centimètres environ et une grande quantité de liquide semblable s'échappa par la brèche ainsi faite bientôt suivi d'un écoulement sanguin franchement veineux. Après avoir bien examiné les parties et vérifié qu'il ne restait rien du thrombus l'hémorrhagie fut facilement arrêtée par la compression de la plaie, pansée antiseptiquement. Les douleurs disparurent, quoique la fièvre persistât encore pendant quelque temps ; mais bientôt tout s'amanda et le malade fut complètement guéri. L'écoulement de l'oreille cessa de lui-même après l'intervention.

Comme le fait remarquer M. E. Harris, l'incertitude du diagnostic, la possibilité d'une inflammation méningée et cérébrale aurait pu faire qu'on tombât sur un abcès du cerveau, et le lieu choisi pour la trépanation aurait permis dans ce cas d'aller à sa recherche. Quant à la ligature de la jugulaire interne, elle aurait pu être discutée, mais il était plus que probable qu'elle était thrombosée sur la plus grande partie de son étendue. Les caillots furent complètement enlevés et entraînés par l'écoulement hémorragique de telle façon que la liberté complète du sinus pouvait être affirmée par le chirurgien après l'opération.

M. Alfred Francis donne dans *the Lancet* du 11 novembre 1893 l'observation d'un cas de *torticolis spasmodique guéri par la section du nerf spinal.* Nous en avons cité il y a quelques mois des exemples analogues; mais celui-ci est tout au moins intéressant par son étiologie peu ordinaire. Il s'agissait d'un joueur de trombone qui, pendant les efforts nécessaires à l'obtention des sons, appuyait sa tête sur l'épaule droite en l'inclinant de ce côté. Sa première attaque de contraction spasmodique se produisit après une séance musicale et petit à petit l'état s'aggrava au point de nécessiter une opération.

La section du spinal fut faite au point où ce nerf pénètre dans le muscle sterno-mastoïdien ; la plaie guérit par première intention, et la guérison fut si complète que le patient put reprendre son instrument et en jouer sans le moindre dommage.

M. Alfred G. Francis fait suivre cette observation de quelques considérations sur la cure des torticolis spasmodiques consécutifs à l'usage immodéré d'un muscle. Il propose d'abord la section et la résection d'une certaine partie du nerf si cela est nécessaire

et, quand la suppression nerveuse n'empêche pas la récidive, il pense qu'il faut en chercher l'explication dans une origine centrale.

M. Pollard donne l'observation suivante d'une *péritonite localisée* (*Lancet*, 9 septembre 1893). — Une fille de 6 ans entre à l'hôpital le 4 avril 1893; elle est émaciée, l'abdomen est distendu et il y a un écoulement de pus par l'ombilic. Cette affection avait commencé cinq semaines auparavant par des maux d'estomac et de la diarrhée. Puis la diarrhée fit place à la constipation. Il y avait des vomissements non stercoraux. Le faciès est grippé. On endort l'enfant et on passe une sonde dans la fistule; on incise et on explore l'abdomen. On trouve que la cavité de l'abcès s'étend à droite jusque sous le diaphragme, au-dessus du foie et à gauche jusqu'à la rate. D'autre part, il se prolongeait jusque dans les flancs et dans le bassin. Lavage de la cavité à l'eau boriquée; grattage du trajet fistuleux. La guérison fut assez rapide.

Voici un traitement particulier de l'*occlusion intestinale aiguë* mis en œuvre par M. Alfred Swann et rapporté dans *The Lancet* du 28 octobre; il s'agit d'une obstruction traitée par le *taxis*, taxis fait comme on va le voir d'une façon particulière.

C'est sur une jeune femme de 31 ans qu'il réussit, du reste, et dans les conditions suivantes, un mois après une crise diarrhéique, elle ressentit des douleurs dans le ventre bientôt suivies de vomissements et fut soumise à un traitement par l'émétique. Les vomissements devinrent bilieux au bout de deux jours avec constipation complète et pas l'émission d'un seul gaz. Le ventre était ballonné et le médecin informa le mari que si l'évacuation ne se produisait pas sous peu il aurait recours au taxis ou à la laparotomie. Le quatrième jour les vomissements devinrent fécaloïdes, la malade plus souffrante, et le taxis fut décidé.

Pour ce faire, le chirurgien s'assura d'un secours musculaire suffisant. Le mari était un policeman qui se fit aider par un de ses collègues, et deux femmes vigoureuses furent aussi réclamées.

Après anesthésie complète, pendant laquelle un examen attentif de l'abdomen fut pratiqué, afin d'éclairer, mais en vain, le diagnostic, les manœuvres suivantes furent pratiquées. La femme fut d'abord violemment portée d'un côté sur l'autre, et cela à plusieurs reprises; cela fait, elle fut soulevée et abaissée ensuite, secouée vigoureusement et rapidement des pieds à la tête et vice versa. Ces mouvements furent pratiqués pendant une demi-heure. Tout d'abord des gargouillements furent perçus dans l'hypochondre droit, qui se montrèrent bientôt dans tout l'abdomen; mais on quitta la maison sans avoir fait quelque chose d'utile.

La malade fut replacée dans son lit et deux heures après la débâcle se produisit, liquide et excessivement fétide. Les vomissements cessèrent complètement, les douleurs disparurent, l'état général redevint bon et une semaine après le taxis, cette femme pouvait se lever, elle est aujourd'hui complètement guérie.

Ce fait curieux est suivi de réflexions sur lesquelles nous n'insisterons pas. Il vient notamment à l'encontre de l'opinion des chirurgiens qui pensent que la laparotomie doit être faite dans les premières 24 heures, dès que le diagnostic pourra être posé. Nous n'insisterons pas sur ces considérations; il est certain que, dans des cas d'occlusion intestinale aiguë, la laparotomie s'impose dès que les moyens médicaux ont échoué et qu'elle a d'autant plus de chance de réussir qu'elle est faite de bonne heure; mais sans trop attendre; les calmants, la morphine, le siphonage peuvent être tentés et surtout le lavement électrique, que nous ne voyons pas signalé dans cette observation et qui pourtant a déjà à son actif de nombreuses guérisons.

M. William Haslam, dans le *British medical Journal*, du 11 novembre 1893, traite d'un sujet intéressant qu'il intitule *de quelques points intéressant le traitement chirurgical de*

l'ulcère simple de l'estomac et il s'occupe d'abord des perforations dues à un ulcère simple qui peuvent être divisées en trois groupes.

Dans un *premier groupe* sont les cas dans lesquels aucune adhérence ne s'est formée autour de la base de l'ulcère, de sorte qu'au mom nt de la perforation le contenu de l'estomac se déverse tout entier dans la cavité péritonéale. Il y a aussi les cas dans lesquels les adhérences formées sont si faibles qu'elles sont rompues au moment de la perforation qui est à la partie antérieure.

Un *second groupe* comprend les cas dans lesquels des adhérences se sont formées entre l'estomac et un organe voisin. Il se produit une péritonite localisée au moment de la perforation. Celle-ci siège ordinairement à la partie postérieure de l'estomac.

Le *troisième groupe* comprend les cas dans lesquels, après une perforation, le contenu stomacal va dans la plèvre, dans le péricarde, ou dans le côlon.

L'intervention chirurgicale varie. M. Haslam recommande alors :

Quand la cavité péritonéale est envahie à la suite d'une perforation de l'estomac, d'oblitérer la perforation et de nettoyer le péritoine. Lorsque la péritonite a été localisée et qu'après la perforation il s'est formée un abcès, de le traiter comme tous les abcès consécutifs à des perforations, par exemple à la perforation de l'appendice vermiforme.

Pour que l'intervention soit utile elle doit être précoce; quelques heures de retard modifient considérablement les chances de succès.

Ce chirurgien a eu l'occasion de faire cette année une laparotomie pour une perforation de l'estomac. Voici le résumé de cette observation : une jeune fille (17 ans) est transportée à l'hôpital le 2 février 1893 en collapsus. La veille, cette malade avait eu des vomissements marc de café. Le lendemain, au moment où elle lavait des vêtements dans un baquet, elle fut prise d'une violente douleur au creux de l'estomac, avec irradiations dans tout l'abdomen et dans le côté gauche de la poitrine. La douleur était très violente; une pression sur l'abdomen l'augmentait. Elle fut transportée à l'hôpital une heure et demie après le début des accidents.

Cette malade vomissait depuis trois semaines après ses repas, mais ne souffrait pas de l'estomac et n'avait jamais rendu de sang. Au moment de l'entrée, la figure, très pâle, était recouverte de sueur. Le facies n'était pas péritonéal. Cependant l'abdomen, non météorisé, était douloureux dans toute son étendue, et la douleur avait son maximum au niveau du cœur. Les vomissements renfermaient du sang, du mucus et des grains d'amidon. La température était au-dessous de la normale; le pouls assez bon variait entre 90 et 100. La laparotomie fut pratiquée trois heures et demie après le débuts des accidents. La cavité péritonéale contenait des gaz et du liquide. Il existait une perforation de l'estomac au niveau de sa face antérieure, tout près du cardia.

La perforation fut suturée à l'aide de fils de soie ; la cavité péritonéale fut lavée soigneusement, et un tube à verre fut mis à demeure.

La malade succomba quarante-cinq heures après l'intervention chirurgicale.

A l'autopsie, on trouva une péritonite purulente généralisée. La perforation de l'estomac était complètement oblitérée.

M. Haslam fait les quelques réflexions suivantes :

1° Avant la perforation, rien dans l'histoire de la malade n'aurait permis de soupçonner un ulcère de l'estomac ;

2° Le siège de la perforation au niveau de la face antérieure de l'estomac favorisait la pénétration du contenu stomacal dans la cavité du péritoine ;

3° Trois heures après l'accident, les symptômes étaient moins marqués qu'on n'aurait

pu le croire ; cela tient à ce que la péritonite aiguë n'avait pas eu le temps de s'établir complètement.

Les cas de ce genre ont certains symptômes communs : distension doulourense de l'abdomen, augmentation de la douleur par la pression ; vomissements dans la majorité des cas. La terminaison fatale se montre en moyenne au bout de 24 heures. Les chances de guérison spontanée sont nulles ; aussi est-on autorisé à tenter une intervention chirurgicale. Quant à la technique, l'incision doit être faite au-dessus de l'ombilic, à gauche de la ligne médiane ; quand la perforation siège à la partie antérieure de l'estomac, on la trouve assez facilement. Quand elle a été découverte, il s'agit de l'oblitérer. On fait la suture directement ou bien après avoir enlevé l'ulcère.

Cette dernière méthode n'est pas bonne ; elle nécessite l'ablation d'une grande partie de l'estomac ; celle-ci peut s'accompagner d'une hémorrhagie difficile à arrêter quelquefois.

Afin d'éviter ces inconvénients, M. Haslam conseille de saturer l'estomac sans enlever l'ulcère sur lequel repose l'ulcération.

Après l'oblitération de la perforation, le chirurgien doit donner tous ses soins au lavage du péritoine. Quand on ferme la plaie abdominale, il est plus prudent de laisser un tube à drainage.

On peut encore suturer l'estomac à la paroi au niveau de la perforation.. Ce procédé nécessite une seconde intervention pour guérir la fistule stomacale.

Enfin, l'auteur termine son travail en se demandant si, dans les cas non douteux d'ulcère de l'estomac avec symptômes graves, on ne serait pas autorisé, devant la menace des accidents, à ne pas les attendre et à ouvrir l'abdomen pour se rendre compte de l'état des parties et, au besoin, mettre en œuvre un traitement chirurgical.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 novembre 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

De l'anthracose pulmonaire

M. Lancereaux. — L'anthracose pulmonaire se voit assez souvent chez les mineurs qui travaillent dans des exploitations mal ventilées. Elle était très fréquente chez les mouleurs employant la pousssière de charbon, mais a disparu dans cette profession, maintenant que l'on se sert de l'amidon. Aussi, depuis une vingtaine d'années, M. Lancereaux n'avait pas vu de cas d'anthracose pulmonaire, lorsque soignant, il y a trois ans, un homme atteint d'influenza, il fut frappé de la couleur des crachats qui étaient noirs comme si on les avait mélangés avec de la suie. Le malade était occupé à polir les cônes de charbon destinés à l'éclairage électrique. Cet éclairage a fait naître, en effet, une nouvelle industrie qui n'est pas sans présenter certains dangers dont on n'a guère parlé jusqu'ici. Cette industrie étant destinée à s'étendre, il y a lieu d'étudier les moyens prophylactiques propres à préserver les ouvriers.

L'atelier où travaillait le malade, et où il est resté pendant six ans, était rempli de poussière de grès et de charbon, et ces poussières étaient souvent tellement abondantes, qu'elles empêchaient les hommes de se voir les uns les autres.

C'est une bronchite grippale qui conduisit à l'hôpital le malade de M. Lancereaux ; il avait des crises d'étouffements et crachait noir depuis déjà quelque temps. Cet homme fit de fréquents séjours à l'hôpital en 1891, puis il s'amaigrit et présenta bientôt les symptômes d'une phtisie pulmonaire, diagnostic confirmé par la présence du bacille, de Koch, dans les crachats noirs ; il succomba le 22 juin de cette année.

A l'autopsie, on trouva les poumons noirs, indurés, remplis de charbon ; les cavités, nombreuses, renfermaient des tubercules sur leurs parois.

L'anthracose pulmonaire, que de sages mesures avaient fait disparaître chez les mouleurs, tend donc à reparaître depuis le développement de l'industrie des bougies électriques, dans laquelle on effile et on polit du charbon de cornue sur de l'émeri ; cette opération fait naître à la fois des poussières siliceuses et charbonneuses, qui pénètrent dans les bronches, les voies digestives et produisent la sclérose pulmonaire.

Ce fait mérite d'arrêter l'attention au double point de vue de la lésion anatomique et des conditions étiologiques. La lésion est celle de l'anthracose. Les cavités qui prennent naissance dans le poumon peuvent se produire même quand il n'y a pas complication de tuberculose; cependant, cette dernière trouve dans le poumon anthracosique un bon terrain de culture, aussi manque-t-elle rarement, surtout chez les alcooliques. Ce fait a été mis en évidence par Peacock pour les tailleurs de pierres meulières.

Cliniquement, l'affection entraîne une expectoration spéciale ; on trouve une matité étendue, la respiration est sifflante; enfin, les signes cavitaires apparaissent.

Le moyen le plus sûr de préserver les ouvriers consiste à substituer, quand on le peut, des poussières solubles à des poussières insolubles, ainsi qu'on l'a fait pour les fondeurs et les mouleurs au charbon. Lorsque ce moyen n'est pas applicable, comme dans l'industrie des bougies électriques, l'administration doit veiller à ce que les ateliers où se dégagent d'abondantes poussières insolubles soient vastes, largement aérés et bien ventilés.

M. Gariel fait remarquer qu'on se sert maintenant, pour la fabrication des bougies, de charbons agglomérés beaucoup moins durs.

M. Proust a observé un cas analogue à celui de M. Lancereaux, chez un mouleur en bronze. Il n'y avait pas de tubercules dans le poumon, qui présentait cependant des cavernes. On a essayé de substituer dans cette industrie la poudre de magnésie à celle de charbon, mais les ouvriers s'y sont opposés.

Pour M. Le Roy de Méricourt la ventilation n'est pas un moyen prophylactique suffisant et il propose l'emploi d'un masque à ouvertures buccale et nasales obturées par une compresse d'étoffe facile à remplacer.

M. Chauveau s'est occupé des rapports de l'anthracose avec la turberculose. Pour lui, ce serait la tuberculose qui favoriserait l'anthracose et non le contraire. Dans beaucoup de mines les médecins ont pu constater que les lésions causées par la poussière du charbon n'apparaissent que sur des malades tuberculeux antérieurement.

M. Proust rappelle l'observation déjà ancienne de Zeuker, dans laquelle il s'agit d'une jeune fille dont le poumon était rempli de particules de fer. Cette ouvrière maniait constamment des feuilles de papier renfermant du fer et servant à la conservation de l'or fin. Les lésions de cette sidérosis étaient les mêmes que celles de l'anthracose Pour M. Proust, cette dernière et la tuberculose n'ont pas d'influence réciproque.

M. Cornil insiste sur ce point qu'il y a deux sortes de pneumokonioses. Dans un premier groupe, le poumon est noir, scléreux, avec ou sans cavernes et il n'y a pas de tubercules ; la coloration noire est causée par les particules de charbon.

Dans un second groupe, il y a encore pneumonie interstitielle avec particules de charbon; mais, de plus, il s'est développé des tubercules et l'on trouve des bacilles spécifiques. Si l'anthracose prédispose à la tuberculose, inversement, cette dernière prédispose à l'envahissement du poumon par les poussières diverses.

Pour M. Lancereaux, dans la seconde forme de M. Cornil, la coloration du poumon est due à la matière colorante du sang.

Action comparée du bichlorure de mercure sur le lapin et sur les éléments figurés du sang

1° De même que pour l'homme, les leucocytes du lapin sont beaucoup plus sensibles au bichlorure de mercure que les globules rouges ;

2° Qu'il s'agisse des doses toxiques, de celles qui sont seulement dangereuses ou de la limite de celles qui sont supportées, il y a une concordance aussi complète que possible entre ce qui a lieu pour l'animal et ce qui a lieu pour ces leucocytes ;

3° De tous les tissus de l'organisme du lapin dont l'intégrité est indispensable au maintien de la vie (éléments nerveux, musculaires), il n'en est pas qui soit plus sensible au bichlorure de mercure que ses leucocytes, puisque pour tuer l'animal il faut atteindre la quantité de ce sel nécessaire pour tuer ces éléments ;

4° Cela étant, il est probable que l'action du bichlorure de mercure sur les leucocytes du lapin joue un rôle important dans les différentes actions que ce sel exerce sur cet animal.

5° Enfin ce résultat étant tout à fait confirmatif des hypothèses que M. Maurel avait faites après ses expériences sur notre sang, il devient de plus en plus probable que l'action du bichlorure de mercure sur nos leucocytes entre pour une part importante dans l'action de ce sel sur notre organisme, surtout au point de vue de la pathologie et de la toxicologie. L'auteur se propose du reste de donner bientôt des expériences qu sont tout à fait confirmatives de cette dernière conclusion.

Angine causée par une larve d'insectes

M. Moura-Bourranillou lit l'observation d'une petite fille de 12 ans, atteinte d'angine provoquée par une larve d'insecte qui ne put être déterminée. La larve s'était fixée dans le côté gauche de la caisse rétro-nasale sur la base du crâne.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 16 novembre 1893. — Présidence de M. Besnier.

Lupus érythémateux

M. Brocq montre une jeune femme qui est atteinte d'un lupus érythémateux, d'apparence un peu spéciale. Au cou et aux avant-bras existent des éléments éruptifs nombreux ressemblant beaucoup à des papules de lichen inter-planes ; de plus, des indurations symétriques existent à la partie inférieure des deux biceps. La face, la poitrine, les mains sont aussi envahies et il n'y a pas d'antécédents de tuberculose. M. Brocq à employé la médication phosphorée sous la forme suivante : huile phosphorée au millième, 1 partie ; huile de foie de morue, 9 parties. Deux cuillerées à bouche par jour.

Le phosphore a échoué entre les mains de M. Quinquaud. M. Besnier l'a vu produire des accidents dans un cas de psoriasis ; par contre, le résultat a été assez bon chez un malade atteint de xanthome généralisé.

Dermatite herpétiforme

M. Workham présente deux malades atteintes de dermatite herpétiforme. Chez toutes deux, la maladie a débuté à la suite d'une vive émotion. Les deux malades ont un prurit assez marqué.

Une des malades présente un début de kératodermie palmaire, du reste peu accusé ; en Angleterre, on a rattaché cette kératodermie à l'usage de la médication arsénicale. En réalité, dit M. Besnier, elle peut dépendre de la maladie elle-même. L'arsenic peut aussi donner naissance à cette altération de la peau, car M. Besnier l'a constatée chez une dame qui prenait de l'arsenic pour un asthme.

— Au nom de M. Oudez, M. Brocq présente une observation de dermatite herpétiforme. La malade a été présentée à la Société en 1860 et sa maladie offrait déjà des allures particulières. Actuellement il n'existe plus que des papules, rappelant absolument l'aspect de celles du prurigo des adolescents et entraînent un prurit des plus intense Le diagnostic de la maladie serait actuellement impossible si la dermatite n'avait été constatée à Saint-Louis.

— Dans deux cas de dermatite herpétiforme, dont l'un simulait un peu une syphilis, M. Jullien a noté l'acidité très forte des urines; chez l'un des malades, il a trouvé 0,95 d'acide urique. Ces données peuvent guider la thérapeutique.

Un cas de psoriasis

M. Thibierge présente un malade qui a, depuis de nombreuses années, une sciatique gauche ; il a été atteint de psoriaris il y a dix-huit mois et l'éruption s'est développée sous forme de bandes qui ont occupé le pourtour du nerf saphène interne gauche et un des deux nerfs musculo-cutanés. Le membre inférieur droit n'a jamais été atteint.

Chez un malade du service de M. Du Castel, présentant un psoriasis généralisé, il s'est produit sur un membre une bande d'éléments correspondant exactement au trajet d'un filet nerveux.

Pour M. Fournier, il s'agit, dans les cas de ce genre, d'une localisation des manifestations pathologiques sur un locus minoris resistentiæ. On peut observer des faits analogues dans la localisation des syphilides.

Purpura hémorrhagique

Une malade de M. Gaston a présenté, à deux reprises, une éruption de purpura sous l'influence d'une émotion. La langue a été couverte d'éléments éruptifs se présentant sous la forme de grains de raisins implantés dans l'épaisseur de l'organe et faisant une saillie notable à sa surface. L'évolution de ces éléments a, du reste, été très rapide.

Pityriasis rubra pilaire et lichen ruber

MM. Hallopeau et L. Brodier étudient comparativement le pityriasis rubra pilaire et le lichen de Wilson et arrivent aux conclusions suivantes :

1° En dehors des éléments annoncés, il peut se développer dans le pityriasis rubra pilaire des papules identiques à celles du lichen de Wilson ; elles peuvent être disposées en séries linéaires ;

2° Le pityriasis rubra pilaire offre alors une incontestable ressemblance avec le lichen de Wilson, mais cette ressemblance n'implique pas une identité de nature : la couleur rouge jeaunâtre des éléments, l'aspect des placards qu'ils constituent, leurs localisations au visage, aux coudes et aux genoux, la modération et l'intermittence du prurit et l'intégrité de la muqueuse buccale sont des caractères qui, réunis, permettent de différencier du lichen de Wilson les formes anormales de pityriasis rubra pilaire ;

3° La production de ces papules lichénoïdes est vraisemblablement due au grattage en même temps qu'à un mode de réaction spécial du tégument ;

4° La maladie de Devergie-Besnier conserve son individualité ; elle demeure essentiellement distincte du lichen de Wilson.

M. Brocq, pour exprimer graphiquement les relations des dermatoses les unes avec les autres, représente par des sphères les types morbides ; puis il en fait partir des rayons, les reliant les uns aux autres, sur lesquels il place les formes de passage.

COURRIER

Leçon d'ouverture du professeur Simon-Duplay. — M. le professeur Simon-Duplay a fait mardi dernier sa leçon d'ouverture à l'Hôtel-Dieu. Il prend la chaire de clinique chirurgicale juste cent ans après sa création et a consacré son premier cours, à cause de cette circonstance, à retracer l'histoire de Desault, de Pelletan, de Dupuytren, de Roux, de Jobert de Lamballe... Jusques et y compris ses prédécesseurs directs. Cette leçon particulièrement intéressante a été très goûtée de l'auditoire qui a montré sa satisfaction par de chaleureux applaudissements.

Concours de l'externat. — Question donnée : Artères de l'avant-bras.

Hôpitaux de Grenoble. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations de MM. Baurand, Frappaz et Boccard.

Hôpital de Versailles. — Un concours pour trois places d'interne en médecine s'ouvrira à l'hôpital-hospice de Versailles, le 21 décembre 1892, à neuf heures du matin.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur de l'hôpital de huit heures du matin à deux heures du soir.

— Un industriel anglais vient de fabriquer des mouchoirs antiseptiques ! !

Ils sont en papier japonais, imprégnés d'un antiseptique, sont suffisamment résistants, bien que minces et doux au toucher.

L'antiseptique n'a peut-être pas une grande importance, mais le prix de ces mouchoirs, 3 fr. 75 le cent, permet de les brûler sans grande dépense quand ils ont servi.

Il y a là une idée peut-être féconde pour la destruction des crachats tuberculeux. Cette pratique, d'ailleurs, est celle des Chinois, qui ne comprennent pas pourquoi nous gardons si soigneusement dans notre poche ce qui vaudrait mieux être laissé au dehors.

Congrès pour l'exercice libre de la médecine. — Certains journaux le nomment le *Congrès des Rebouteurs*, et il a lieu dans ce moment rue Saint-Merri, sans grand succès paraît-il. Nous en reparlerons.

— Par arrêté ministériel du 14 novembre 1893, un concours s'ouvrira le 3 mai 1894 devant la Faculté de médeéine de Toulouse pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Clermont.

Corps de santé de la marine et des colonies. — *Modification concernant l'Ecole du service de santé de la Marine de Bordeaux et de ses trois annexes.* — Voici les principales dispositions :

On établira à l'Ecole de Bordeaux, le plus tôt possible, des leçons de langues étrangères (anglais et allemand) et d'équitation.

L'Ecole de Bordeaux étant presque complètement dépourvue de pièces sèches, les directeurs du service de santé à Brest, Rochefort et Toulon devront lui en faire parvenir dans la mesure des moyens dont ils disposeront.

Le nombre des médecins répétiteurs de l'Ecole de Bordeaux est porté de cinq à six, ce qui rendra le fonctionnement des divers services plus facile et plus régulier.

Le coefficient de la note de conduite, qui est actuellement de 15, lui donnant une influence trop élevée sur le classement (30 0/0), le ministre a décidé de le réduire à 5. Les divers coëfficients seront désormais établis comme suit :

Notes d'interrogations à l'Ecole	60
Notes d'interrogations à la Faculté	30
Note de conduite	5
Note d'aptitude (donnée par le directeur)	5
Total	100

Le total de ces coefficients étant ainsi porté à 100, au lieu de 50, il en résulte l'obligation d'augmenter, dans une proportion égale, le nombre de points attribués aux internes, aux externes, aux lauréats de la Faculté, etc., etc. Toutefois, il a paru convenable de forcer davantage la proportion pour les aides d'anatomie et pour les lauréats des concours. La majoration des points sera donc fixée désormais de la manière suivante :

Chef de clinique interne	240 points
— — adjoint	220 —
Interne des hôpitaux	200 —
Interne provisoire	160 —
Adjuvat d'anatomie	160 —
Externes et admissibles à l'internat	60 —
Internat de l'hôpital Saint-Jean	60 —
Prix de la Faculté	140 —
Mention très honorable	100 —
Mention honorable	60 —

A l'avenir, le classement des candidats à l'Ecole de Bordeaux sera établi en tenant compte des notes que les élèves auront obtenues dans les Ecoles annexes de médecine navale. La marche à suivre est longuement spécifiée dans la circulaire.

Les élèves de l'Ecole conservent l'avantage de concourir pour l'admission à l'internat, à l'externat, etc., et ceux qui auront obtenu ces situations bénéficieront, lors de l'établissement du classement, du nombre de points précédemment indiqué.

— Le samedi 23 décembre 1893, à 2 heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication en 2 lots et sur soumissions cachetées des bandages, pessaires, bas élastiques, etc., nécessaires au service de l'administration pendant l'année 1894.

L'importance de la fourniture est évaluée à 25,000 francs pour chaque lot.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de l'administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

— Le samedi 23 décembre 1893, à 2 heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées de la fourniture des appareils et instruments de chirurgie en gomme, caoutchouc, verre, etc., nécessaires au service de l'administration pendant l'année 1894.

1er lot :	Instruments en gomme et caoutchouc	12.000 fr.
2e —	id. id.	12.000 »
3e —	Articles de caoutchouc	12 000 »
4e —	Articles divers (irrigateurs, thermomètres, etc.)	20.000 »

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de l'administration, avenue Victoria, 3, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.



Sommaire

Hôpital de la Pitié. — M. le professeur Jaccoud.

Les néphrites syphilitiques précoces

Le malade dont je vais vous parler aujourd'hui est un jeune homme de 26 ans, entré salle Jenner, le 9 octobre. Au moment de son arrivée à l'hôpital, les jambes étaient enflées, l'œdème s'étendait au scrotum et aux parois abdominales, et il y avait un peu de bouffissure des paupières.

Enfin, le malade se plaignait de douleurs lombaires, avait de la céphalalgie, l'urine renfermait de grandes quantités d'albumine et probablement du sang, tout conduisait ainsi à porter le diagnostic de néphrite à albumine.

L'interrogatoire nous apprenait, en outre, que ces symptômes avaient débuté quelques semaines auparavant, vers la fin d'août; il y avait même eu tout d'abord une fièvre assez forte. Il était donc certain qu'il s'agissait d'une albuminurie liée à une néphrite récente et ayant eu une marche aiguë ou au moins subaiguë.

L'examen chimique et microscopique de l'urine amena à préciser le diagnostic et à admettre une glomérulo-néphrite. On n'a pas trouvé de cylindres dans l'urine; mais cela tient à ce que leur recherche a été faite un peu tardivement et ils ont dû exister au début.

La quantité d'urine rendue était faible au moment de l'entrée et pendant les premiers temps du séjour à l'hôpital. Il y eut même d'abord une ébauche de dyspnée urémique. Le chiffre de l'albumine s'est élevé à 6 grammes par litre et, lorsque la quantité de l'urine remonta à 1600 ou 1800 cc. sous l'influence du traitement, il y en avait encore de 9 à 10 grammes par 24 heures, chiffre considérable ; du reste, la présence du sang nous expliquait en partie l'abondance de cette albuminurie.

Pouvait-on s'en tenir au diagnostic de glomérulo-néphrite et instituer de suite le traitement ? Certainement non. J'ai presque de l'hésitation à le répéter, tellement cela semble banal au premier abord : quand on a pris le diagnostic nosologique, on n'est pas au bout. Il faut faire le diagnostic étiologique. Or, ce diagnostic, dans le cas de notre malade, a une extrême importance. Si l'on s'en tenait à la notion glomérulo-néphrite, on prescrirait le régime lacté comme tout traitement, et on risquerait de ne faire que peu de bien au malade.

Nous devons, dans chaque cas de néphrite, passer en revue toutes les causes de cette maladie et faire subir au malade un interrogatoire minutieux.

Lorsque l'on recherche les conditions qui ont pu, chez notre malade, provoquer le développement d'une néphrite, on peut être conduit tout d'abord à croire qu'il s'agit d'une néphrite *a frigore*, car le jeune homme raconte que, peu de temps avant l'apparition des premiers symptômes de sa maladie, a bu, étant en sueur, une grande quantité d'eau glacée.

Mais ce n'est pas seulement par l'interrogatoire qu'il faut procéder pour établir le diagnostic étiologique, il faut aussi se préoccuper des associations symptomatiques. En étudiant à ce point de vue notre malade, nous n'avons rien trouvé du côté des viscères, mais nous avons vu que la peau était couverte d'une éruption papuleuse cuivrée absolument caractéristique et permettant d'affirmer l'existence de la syphilis. De plus, il y avait des plaques muqueuses occupant le pourtour de l'anus. D'après le dire du jeune homme, le chancre remontait au 15 juin et les premiers accidents secondaires s'étaient montrés vers le 20 ou le 30 juillet.

Quelle relation établir entre cette syphilis récente et la glomérulo-néphrite qui s'est montrée dans son troisième mois?

Il y a quelques années, on aurait cru commettre une hérésie en rattachant une néphrite à une syphilis aussi peu avancée dans son évolution. Actuellement, on sait que la vérole peut frapper le rein à toutes ses périodes et que, de même qu'il y a une syphilis rénale tardive, il y a une syphilis rénale précoce. C'est moi qui, le premier, en 1864, ai décrit la syphilis rénale précoce, et, depuis cette époque, je n'en ai observé que deux exemples. Mais un grand nombre de travaux ont été publiés sur ce sujet intéressant et nous allons rapidement les passer en revue.

Je peux vous citer : en 1880, une observation de Burkmann ; en 1881, un mémoire de Wagner ; en 1882, les thèses de Negel et Cohadon ; en 1883, une observation de Dreyfus-Brisac. Viennent ensuite mes leçons, publiées en 1885 ; le mémoire de Casarini, qui est de 1887 ; les observations de Muller, Schuchter ; les monographies de Tommasoli, Andronico, Bonkkeieff, Prendergost. Tous les auteurs sont d'accord, maintenant, pour admettre l'existence de la syphilis rénale précoce, dont il faut se préoccuper quand on examine un syphilitique. Cette néphrite n'est pas absolument rare ; cependant, elle est beaucoup moins fréquente que la tardive et plus rare que l'une quelconque des manifestations de la syphilis secondaire.

Cela conduit à se demander si, indépendamment de la syphilis, cause prédominante par son caractère infectieux, il n'y a pas quelque autre considération étiologique fixant la syphilis sur le rein dans les cas de néphropathie précoce. En effet, si le rein était frappé par la seule syphilis, il est évident que cette détermination prématurée de l'infection serait plus fréquente qu'elle ne l'est réellement. Cette recherche d'une étiologie complexe ne doit jamais être négligée et il faut bien se garder de croire que la cause d'une affection soit toujours unique.

Ce sont surtout les auteurs italiens que je vous ai cités plus haut qui se sont efforcés de rechercher, dans leurs observations, les conditions auxiliaires favorisant la fixation de la syphilis sur le rein, en augmentant la vulnérabilité de cet organe. Ces conditions sont assez nombreuses : on peut citer le refroidissement qui a agi chez notre malade, l'alcoolisme, les manifestations scrofuleuses de l'enfance, toutes les maladies aiguës susceptibles d'agir sur le rein, le traumatisme même.

Notre cas actuel est le plus précoce qui soit connu et le plus ordinairement la manifestation rénale ne se montre que le 3e, le 4e, le 8e mois.

Très souvent, la néphrite précoce est méconnue, cela tient à ce que, dans beaucoup de cas, elle ne se manifeste par aucun des symptômes bruyants sur lesquels nous avons insisté. Tout peut se borner à la présence d'une

certaine quantité d'albumine dans l'urine. D'autres fois, les modifications de l'urine sont plus accentuées et la présence des cylindres, etc., indique l'existence de la glomérulo-néphrite. Enfin, dans les cas les plus rares, on a tout l'ensemble symptomatique de la néphrite aiguë ou subaiguë, sur laquelle je n'ai pas à revenir. Cet ensemble symptomatique peut même être plus complet que chez notre malade, et j'ai vu se produire, dans un cas, un œdème pulmonaire qui a failli devenir mortel. Dans cette dernière forme, la syphilis est parfois méconnue, car le malade peut être pris d'accidents très graves de néphrites en moins de quarante-huit heures et l'attention se concentre sur le rein.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La lecture de la correspondance a d'abord attiré l'attention de quelques-uns des membres de la Société. Il s'agissait d'une observation de *Kyste hydatique du poumon* et de la possibilité du diagnostic de cette affection. De l'avis du professeur Verneuil, qui en rappelle deux cas opérés par lui, de MM. Monod et Bouilly, on ne peut être fixé sur l'existence d'une pareille lésion que lorsqu'une ponction vous a démontré la présence des crochets pathognomoniques, crochets qu'on peut aussi retrouver dans des crachats ou dans les produits d'une vomique.

Dans la dernière séance, il a été présenté une pièce *de grossesse extra-utérine* et à propos du procès-verbal M. Tuffier montre à ses collègues un petit fœtus trouvé libre dans le cul-de-sac postérieur. Le diagnostic d'hématocèle produite par une grossesse extra-utérine avait été porté et se trouva ainsi réalisée. La rupture de la trompe donnant encore du sang put même être constatée et l'hémorrhagie arrêtée. Après quoi M. Tuffier fit uu drainage et la malade guérit. C'est le troisième cas de ce genre que ce chirurgien apporte à cette tribune et ce sont là des faits importants dans l'histoire de l'hématocèle. M. Reynier a aussi à son actif trois cas analogues et il profite de cette occasion pour s'élever contre le drainage, inutile, d'après lui, à cause de la non-septicité du sang de l'hématocèle. M. Quenu n'est pas de cet avis, le sang épanché dans le cul-de-sac de Douglas est pour lui susceptible de contenir des microbes; ce à quoi M. Championnière répond que cette question a peu d'importance, que pour sa part il ne draine jamais, que le tout est de bien nettoyer la cavité qui contenait le liquide sanguin, et ce petit incident est clos.

L'*Hydronéphrose intermittente* est une affection jeune encore et quelques points de son traitement ont été l'objet de l'attention de M. Reynier, qui était chargé de faire un rapport sur une observation de M. Hue (de Rouen). Ce chirurgien avait adressé à la Société de chirurgie l'observation d'une hydronéphrose intermittente guérie définitivement par l'évacuation de 4 litres 1/2 de liquide. Ce succès est rapproché par M. Reynier de ceux obtenus de la même façon par M. Tillaux, mais la ponction, malgré cela, n'est pas le traitement de choix. MM. Terrier et Baudouin, dans leur dernier travail de la *Revue de Chirurgie* sur une statistique de 83 cas, ne signalent

que deux guérisons par l'évacuation, d'où ils concluent que la ponction est inutile, quelquefois dangereuse, et qu'il en est de même de l'évacuation. Cette opinion estpeut-être exagérée, nous dit le rapporteur, qui étudie alors avec M. Hue le mécanisme de l'hydronéphrose qui fait le sujet de l'observation.

Le malade avait été atteint de péritonite tuberculeuse dans son enfance; de là à la possibilité d'une bride déterminant une coudure et l'obturation momentanée de l'uretère. Cette explication est acceptable. Il se peut aussi, nous dit M. Reynier, qu'il y ait eu de l'uretérite tuberculeuse obturant momentanément ce conduit et produisant la rétention de l'urine dans le rein; mais cette obturation de l'uretère n'a jamais dû être complète, car d'après les expériences d'Albarran et de Legueu, si elle l'avait été, elle aurait déterminé une atrophie de l'organe. M. Bazy s'élève contre cette théorie. Il a fait lui aussi de nombreuses expériences et la ligature serrée de l'uretère a donné toujours lieu à de l'Hydronéphrose. Cette dernière lésion peut se produire sans qu'il soit nécessaire qu'une coudure dans le conduit urinaire ait lieu. Toutefois, il admet que l'uretère puisse se plier sur lui-même; il a vu même ce plissement se faire à son extrémité inférieure, chez une femme atteinte de fistule uretérale sur laquelle il a pratiqué l'abouchement de l'uretère lésé dans la vessie.

Sous le titre de *Lipome du cordon spermatique*, M. Reynier lit un second rapport sur un second travail du même M. Hue (de Rouen).

L'observation détaillée présentait de l'intérêt au point de vue du diagnostic, car la marche de l'affection avait fait penser à un sarcome; mais les éléments lipomateux étaient bien nets, seulement à la partie la plus ancienne de la tumeur on constata une dégénérescence colloïde. La question du pédicule donna lieu aussi à quelques considérations. Il remontait, comme cela arrive très souvent, dans le canal inguinal, et M. Hue ne poursuivit pas sa dissection jusqu'à son extrémité et le sectionna après double ligature. Le malade guérit fort bien et jouissait de la plus parfaite santé 18 mois après l'intervention.

Ces espèces de tumeurs des bourses, comme le fait remarquer M. Reynier, sont moins rares que ne le ferait penser le peu de place que leur description tient dans les classiques. Pour sa part, sans grandes recherches, il a pu en rassembler une vingtaine de cas et de leur étude il ressort que le fait même du prolongement pédiculaire jusqu'au péritoine avec lequel il prend quelquefois adhérence, peut parfois faire confondre ces tumeurs avec des épiplocèles. De plus, en allant détacher l'extrémité du pédicule adhérent à la grande séreuse, on peut attirer celle-ci et créer un infundibulum propice à la sortie d'une hernie; aussi faudra-t-il avoir soin de refaire le canal inguinal, comme dans la cure radicale.

Enfin, ce prolongement sous-séreux peut permettre de penser que le point de départ de la tuméfaction est dans la graisse sous-péritonéale et non dans le tissu cellulaire qui entoure les éléments du cordon; ce que prouverait encore la non-dissociation de ces éléments qui sont rejetés sur les parties latérales.

Cette dernière disposition n'est pas toujours celle qu'on rencontre, car M. Reclus cite une observation absolument superposable à celle de M. Hue, dans laquelle, vaisseaux et canal déférent étaient épars dans la masse. Dans

ce cas, la libération du pédicule fut facile. M. Schwartz cite aussi un cas curieux, dans lequel un lipome du cordon coïncidait avec un sarcome du testicule du même côté. Il est évident que la tumeur testiculaire avait imposé le diagnostic de sarcome, diagnostic qui était erroné. Dans ce cas, vaisseaux et canal déférent étaient rejetés et indépendants.

Voilà donc des points curieux et nouveaux acquis à l'histoire des tumeurs du cordon spermatique.

Avant de passer à la présentation des malades, la Société a encore entendu un rapport de M. Richelot sur quatre observations de M. Millot-Carpentier. Elles ne présentent rien de bien extraordinaire, mais ont été écoutées auec attention à cause de la valeur qu'a su leur donner le rapporteur. Le premier cas est une *suture du radial.* M. Millot-Carpentier ne nous dit rien dans son travail sur l'intégrité ou non de la sensibilité. C'est un peu court, mais cette question est aujourd'hui banale et la motilité présente plus d'intérêt. Quoique faite au bout de 80 jours, la suture avait donné lieu à une amélioration dans les mouvements dès le dixième jour, et une année après l'intervention le membre avait récupéré toute sa force musculaire.

Sur la deuxième observation intitulée *panophtalmie de cause métastatique à la suite de la suppression des règles,* le rapporteur ne s'arrête pas et il cite immédiatement le résultat heureux obtenu par une *résection iterative* dans une *tumeur blanche du coude*, opérée une première fois parcimonieusement. Enfin, la quatrième observation se rapporte à un *fibrome en gourde de pèlerin*, moitié intra-vaginal, moitié intra-utérin que M. Hue traita d'abord par l'écraseur, puis la partie vaginale enlevée, il incisa le col et enleva la partie bombant dans la cavité utérine. Ce ne sont peut-être pas les procédés dont on se servirait au moment présent ; mais la malade guérit, car l'opération avait été bien conduite, quoique délicate, et l'opérateur a fait preuve de hardiesse de bon aloi, tout en mettant en œuvre les moyens antiseptiques. La statistique jointe à son travail lui fait, du reste, honneur ; car, sur 15 cas de chirurgie abdominale, il n'a eu que 2 morts, et il s'agissait d'un énorme fibrome dans le premier insuccès et d'un kyste multiloculaire complexe dans le second.

La séance se termine par la présentation de malades et de pièces. C'est d'abord M. Delorme, qui montre un cæcum sur lequel l'appendice n'a pu être trouvé dans une intervention pour *typhlo-appendicite.* Ces pièces sont apportées par un militaire atteint lui-même d'une fistule consécutive à l'ouverture d'un abcès de même nature et le chirurgien du Val-de-Grâce, pensant à de la tuberculose se demande, devant l'inefficacité des moyens employés, s'il ne va pas lui réséquer le cæcum. M. Tuffier montre ensuite des calculs rénaux enlevés sur un malade guéri en moins de vingt jours par une *nephrolithotomie idéale* et M. Berger présente une femme atteinte de *lymphadénome de l'amygdale et des ganglions du cou.* C'est alors au tour de M. Delbet de montrer des pièces provenant d'un cas ce *résection intestinale* pour hernie crurale sphacélée. Le malade a succombé à un cancer du pylore Les sutures sont en parfait état.

Eugène Rochard.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Goitre exophtalmique

M. Artur Maude a fait à la *Medical Society of London* une communication sur quelques phénomènes peu étudiés du goitre exophtalmique. Il insiste tout d'abord sur ce fait, en opposition avec les idées généralement admises, que la maladie de Graves se rencontre souvent chez les goitreux ; sur cinquante-cinq goitreux, observés en six ans, il aurait trouvé douze fois la maladie de Graves à un degré plus ou moins prononcé. M. Maude fait remarquer ensuite que cette affection semble avoir beaucoup augmenté de fréquence depuis 1870. Puis il donne l'observation de sept malades atteints à la fois de goitre et de maladie de Graves ; l'un d'eux était né d'une mère myxœdémateuse ; le rapport entre le myxœdème et le goitre exophtalmique est maintenant bien établi.

Parmi les psychoses observées habituellement dans la maladie de Gravès, M. Maude a rencontré la mélancolie religieuse, l'incohérence des idées (chorée des idées de Russel Reynolds), avec des vertiges, des tintements, des sensations de battements dans la tête; tous ces troubles doivent être attribuées très probablement à des troubles circulatoires. Le tremblement, qui était le symptôme le plus fréquent, était au niveau des fléchisseurs des bras, plus marqué qu'ailleurs ; les muscles interosseux n'étaient pas atteints. Ce qu'il y a surtout d'important, c'est 1° que le tremblement était presque généralisé ; 2° qu'il ressemblait exactement à celui des animaux lorsqu'on leur a enlevé le corps thyroïde : 3° qu'il était beaucoup plus uniforme que le tremblement hystérique avec lequel on pourrait le confondre.

Des convulsions éclamptiques peuvent aussi apparaître, ayant un rapport direct avec les troubles cardiaques qui sont peut-être leur cause productrice. Les spasmes cloniques de la face et la chorée étaient fréquents,

Parmi les troubles bulbaires, M. Maude signale encore une légère difficulté de la déglutition semblable à celle que l'on rencontre dans le mixœdème et accompagnée de troubles de la parole analogues à ceux de la sclérose en plaques. La paralysie faciale était commune.

Outre la faiblesse musculaire générale, il y avait souvent de la paraplégie ; celle-ci n'était quelquefois qu'une accentuation de la faiblesse générale ; dans d'autres cas elle se produisait subitement comme la paralysie hystérique. Jamais il n'y a eu de contractures. M. Maude a aussi observé de l'astasie-abasie et des signes nombreux de névrite périphérique. Il arrive à cette conclusion que tous les symptômes de la maladie de Graves sont dus à une intoxication générale du système nerveux, frappant surtout la moelle ; on ne connaît rien encore sur la nature ni sur la production de la substance toxique ; mais l'existence du goître, les rapports de l'affection avec le myxœdème, et enfin les résultats des opérations sur le corps thyroïde démontrent que c'est ce dernier qu'il faut incriminer.

M. de Havilland Hall pense qu'on doit plutôt rapporter la maladie de Graves à une altération dn grand sympathique.

M. Pasteur fait remarquer qu'en Suisse, où le goitre est fréquent, la maladie de Graves est rare ; de plus pour M. Savage les rapports entre le goître ordinaire et le goître exophtalmique sont assez rares, puisqu'il n'a pas rencontré un seul cas de cette dernière affection, sur mille goitreux qu'il a soignés dans le Cumberland.

M. Georges Murray pense que la maladic de Graves est due à une hypersécrétion de la glande thyroïde ; il n'oserait cependant expliquer tous les symptômes par cette

hypothèse. Quoiqu'il en soit, chez les myxœdémateux, quand on injecte de trop fortes doses d'extrait thyroïdien, on voit survenir de l'accélération du pouls, de l'humidité de la peau, du tremblement des mains, de la faiblesse musculaire.

M. Berry montre des préparations microscopiques qui prouvent que dans le goitre exophtalmique, il y a absence totale de substance colloïde, les vésicules étant remplies de petites cellules rondes, tandis qu'il y en a beaucoup dans le goitre ordinaire.

M. Bowles et M. Ord rapportent des cas de goitre exophtalmique suivis de myxœdème; ces deux affections sont voisines. Pour M. Ord, dans un premier stade, il y a exagération de la vascularité de la glande typhoïde ; dans un second, il y aurait atrophie et destruction des éléments sécrétants de cette glande.

M. Guthrie croit plutôt à une lésion du sympathique, car il a observé des symptômes abdominaux variés chez des malades atteints de goitre exophtalmique.

M. Hector Mackensie n'est pas convaincu que la maladie de Graves soit due à une lésion du corps thyroïde ; si elle était sous la dépendance d'une hypersécrétion de suc thyroïdien, l'injection d'extrait de corps thyroïde devrait amener, chez les malades, des troubles encore plus prononcés ; or, cela n'est jamais arrivé ; du moins chez les malades qu'il a ainsi soignés.

On le voit, on est loin d'être d'accord, en Angleterre, sur la pathogénie du goitre exophtalmique. Il faudra encore, sans doute, bien des discussions, et surtout aussi bien des travaux pour que cette question soit absolument élucidée. A ce point de vue, les observations originales présenteront toujours un très grand intérêt.

Goitre exophtalmique chez une enfant de 12 ans

M. Kronthal rapporte le cas d'une fillette de 12 ans qui, pendant l'hiver de 1891-1892, commença à se plaindre de battements de cœur ; en même temps ses yeux semblaient un peu saillants ; puis elle eut des bourdonnements d'oreilles, de l'anxiété, des terreurs nocturnes, des bouffées de chaleur, des fourmillements dans les extrémités ; son caractère devenait inégal. Bientôt elle dut quitter l'école. Quand M. Kronthal l'examina, il constata qu'elle était anémique, mais bien développée ; le cœur battait de 96 à 120 fois par minute ; le corps thyroïde était hypertrophié, son lobe droit surtout ; il y avait une légère exophtalmie ; les paupières pouvaient recouvrir les yeux ; il n'y avait pas de tremblement, pas de troubles de la sensibilité, les réflexes étaient normaux et les urines normales.

L'affection persista avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation ; l'enfant présenta aussi des troubles psychiques assez marqués, changements brusques du caractère, crises de larmes et accès d'hilarité non motivés, anxiété, etc.

Le goitre exophtalmique est rare chez les enfants ; M. Kronthal n'en a relevé que vingt-cinq observations. A l'origine de l'affection, on retrouve souvent une violente émotion ; les petits garçons sont moins fréquemment atteints que les petites filles ; la chorée est une complication assez fréquente ; le pronostic est ordinairement bénin.

Chez la petite malade de M. Kronthal, l'affection n'avait pas été déterminée par une émotion violente. Mais, ce qui contribue à donner à cette observation un très grand intérêt, la mère de l'enfant était elle-même atteinte de la maladie de Graves : tachycardie, tremblement, exophtalmie, pas de goitre, pas de troubles de la sensibilité.

Ce fait vient s'ajouter à ceux déjà signalés en faveur de l'hérédité du goitre exophtalmique. (*Berl, Klin, Woch. nº 27*).

Traitement du goitre exophthalmique

La question du traitement de la maladie de Graves n'est pas plus résolue que la question de sa pathogénie. On sait que les moyens thérapeutiques employés jusqu'ici ont été nombreux, et qu'aucun d'eux n'est complètement satisfaisant. Les chirurgiens eux-mêmes sont intervenus et ont pratiqué la ligature des quatre artères thyroïdiennes.

Cette opération, proposée par Wolfler, a été pratiquée pour la première fois par Billroth, qui aurait ainsi obtenu, sur quatre malades, deux succès définitifs, une amélioration marquée, enfin une guérison suivie promptement de récidive. Depuis, la ligature des artères thyroïdiennes a été pratiquée plusieurs fois dans le goitre exophtalmique, avec des résultats variables.

Mais toutes les substances thérapeutiques n'ont pas encore été employées. Récemment, au *Congrès de l'Association médicale américaine*, M. Fergusson a communiqué les bons résultats qu'il a obtenus, dans la maladie de Graves, par le strophantus. Ce médicament, il est vrai, n'a pas une action curative; il s'adresse seulement à la tachycardie; sous son influence, les pulsations cardiaques diminuent rapidement. Or, comme de tous les troubles par lesquels se manifeste l'affection, la tachycardie est celui qui est le plus pénible et qui fait des malades de véritables impotents, il est fort utile d'avoir contre elle un remède puissant. Dans plus de vingt cas, M. Fergusson a obtenu, à ce point de vue, de véritables succès.

Quant à la dose de strophantus à prescrire, elle est assez variable, suivant les cas. M. Fergusson conseille de débuter par de faibles doses, qu'on augmenterait progressivement, jusqu'à ce qu'on ait obtenu le résultat voulu.

BIBLIOTHÈQUE

—

La coqueluche, par le Dr Richardière. — Paris, Rueff et Cie (Bibliothèque Charcot-Debove.)

La coqueluche est une maladie infectieuse dont le microbe n'est pas encore certainement isolé. Cependant, il est probable que le bacille d'Ajanokiaw, que cet auteur a trouvé dans tous les cas de coqueluche qu'il a examinés à ce point de vue, est l'organisme pathogène véritable, puisqu'il donne la maladie aux animaux. Cependant, Ritter a décrit un diplocoque, qui donnait lieu, par innoculation, à une bronchite avec toux coqueluchoïde.

L'évolution typique de la coqueluche est bien connue ; mais il est malheureusement rare qu'elle évolue sans accidents. Tantôt il ne s'agit que de petits accidents produits par la quinte et les efforts qu'elle détermine : ces petites misères de la coqueluche n'ont pas d'importance ; tantôt il se produit de véritables complications qui frappent presque tous les appareils et dépendent souvent d'infections surajoutées. Tout le monde connaît la fréquence et la gravité de la broncho-pneumonie, qui entraîne la mort en quelques jours ; d'autrefois, elle passe à l'état chronique et le malade finit par succomber après plusieurs mois de cachexie. La broncho-pneumonie dépend du septrocoque ; quelquefois, cependant, on a trouvé le staphylocoque doré. Parmi les complications les plus graves, on peut encore citer le spasme de la glotte, les accès d'éclampsie, l'amaurose. La tuberculose, le fait est connu depuis longtemps, est le fait d'une infection secondaire qui se produit trop souvent. Comme dans beaucoup d'autres affections nombreuses, le

meilleur traitement de la maladie est encore actuellement le traitement symptomatique que M. Richardière expose dans tous ses détails.

Nous n'avons pas à insister ici sur le sens clinique, non plus que sur les qualités d'écrivain de M. Richardière ; trop rarement, à leur gré et au nôtre, nos lecteurs ont la bonne fortune d'en juger dans les travaux qu'il veut bien donner à l'*Union*.

Les bains froids dans les formes typhoïdes des maladies infectieuses

Par M. L. Faure-Miller, ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

Parmi les progrès que la thérapeutique a réalisés dans ces vingt dernières années, un des plus importants est, sans contredit, l'application de la méthode des bains froids au traitement des maladies infectieuses. L'efficacité de cette méthode n'est plus aujourd'hui contestée par personne ; elle a donné si souvent des résultats inespérés et réellement surprenant qu'on peut la considérer comme la meilleure arme dont nous puissions disposer contre les maladies typhoïdes. Si elle a eu tout d'abord d'assez nombreux adversaires, ceux-ci ont progressivement diminué; il y a un an, dans une sorte de plébiscite médical imaginé par M. Juhel-Rénoy, on pouvait voir que la plupart des médecins des hôpitaux de Paris se déclaraient partisans de la balnéation froide dans la fièvre typhoïde.

Mais ce n'est pas seulement dans cette dernière affection que les bains froids peuvent être donnés. La méthode de Brand est encore indiquée dans un grand nombre d'autres maladies de la même famille; ses indications semblent se multiplier tous les jours.

A ce point de vue, l'ouvrage de M. Faure-Miller présente un intérêt et une utilité incontestables.

Après un court historique, qui rappelle les noms de Hahn, Currie, Gianini, Brand, Jurgensen, Liebermeister, Glénard Mollière, Tripier, Bouveret, Juhel-Rénoy, etc., etc., M. Faure-Miller donne en détail la technique du bain froid telle qu'elle a été formulée par Brand, et qui est ainsi schématisée :

« En règle générale, la température rectale sera prise toutes les 3 heures ; si elle marque 39° ou plus, le malade sera plongé dans un bain dont l'eau aura de 18 à 20°, et il y sera maintenu jusqu'à l'éclosion du frisson, soit un quart d'heure environ. »

Il faut lire, car ils sont très importants, tous les détails de cette technique. Celle-ci sera, d'autre part, légèrement modifiée dans certains cas, par exemple, dans « le bain des moribonds » (Glénard), où l'eau aura tout d'abord 26° ou 28° ; chez les enfants, où le bain sera plus court ; chez les vieillards, où il sera un peu moins froid.

Les effets du bain froid établissent ses indications : il abaisse la température, il active énergiquement la fonction rénale, il calme et tonifie le système nerveux, il régularise et tonifie le cœur et le pouls. Les complications pulmonaires ou rénales d'une maladie typhoïde sont de nouvelles indications et des indications plus pressantes du bain froid. Les complications cardiaques, enfin, celles qui inspirent au médecin la plus grande crainte des bains froids, ne doivent plus être regardées aujourd'hui comme des contre-indications ; à moins que le malade ne soit en asystolie, il peut être baigné ; ses lésions cardiaques appellent une surveillance attentive, mais ne doivent pas lui faire perdre le bénéfice qu'il peut retirer de la balnéation froide.

Après un intéressant chapitre sur le mode d'action des bains froids (sur le rein, la température, les troubles circulatoires, nerveux, digestifs, sur le sang et la nutrition),

(1) Doin, 1893.

M. Faure-Miller arrive à la deuxième partie de sa thèse, où il étudie l'action de la balnéation froide dans les maladies infectieuses prises en particulier : fièvre typhoïde, typhus exanthématique, rougeole, scarlatine, variole, pneumonie et broncho-pneumonie, érysipèle et septicémie puerpérale, rhumatisme cérébral, tétanos, etc. On trouvera là de très intéressantes observations dont beaucoup sont inédites et personnelles.

Puisque la méthode des bains froids a fait ses preuves, puisque l'on voit tous les jours ses adversaires, vaincus par l'évidence, devenir ses partisans résolus, il est permis d'espérer qu'elle sera d'ici peu, pour le plus grand bien des malades, d'une application générale et que les obstacles qu'elle a souvent rencontrés dans la clientèle disparaîtront complètement. Aussi nous nous faisons un devoir de dire, avec M. Faure-Miller : « On ne doit plus considérer aujourd'hui, la méthode des bains froids comme une méthode empirique. C'est une méthode scientifique, dont la valeur ne saurait être contestée ; elle s'appuie sur les données les plus récentes de la science ; elle répond à des indications cliniques précises ; elle est légitimée par les résultats, que les statistiques montrent évidemment supérieurs à ceux donnés par les autres méthodes de traitement. »

De la méningite tuberculeuse chez l'enfant, par le Dr E. Schoull, de Troyes (Société d'éditions scientifiques). — L'auteur, dont la compétence dans l'étude de la tuberculose s'est affirmée déjà par plusieurs travaux importants sur ce sujet, est convaincu, à l'encontre de la plupart des contemporains, de la guérison possible de la méningite tuberculeuse Ayant en vue surtout un *but pratique*, il s'est abstenu de détails trop étendus sur l'historique et l'anatomie pathologiqne de cette affection, mais a développé avec soin les chapitres si importants du diagnostic et du traitement.

Ce petit livre sera lu avec fruit par tous les praticiens ; il sera de même utile aux mères, à qui sont indiqués les moyens de préserver, dans la mesure du possible, leurs enfants plus ou moins prédisposés, et d'appeler à temps le médecin quand apparaîtront les signes précurseurs de cette terrible maladie.

Le merveilleux scientifique,

par J.-P. Durand (de Gros). — (1 volume grand in-8°, 6 fr. — Félix Alcan, éditeur.)

Premier importateur (sous le pseudonyme de Philips) des expériences de suggestion hypnotique sur le continent dès l'année 1852, l'auteur de ce livre est en même temps l'incontestable fondateur de l'hypnotisme en tant que science ; ce dernier point est établi par la date et le contenu de ses deux ouvrages : *l'Electrodynamisme vital* (1855) et le *Cours théorique et pratique de Braidisme ou hypnotisme nerveux* (1860).

On sait que le docteur J.-P. Durand réunit à un degré remarquable les qualités du savant, du philosophe et de l'écrivain. En lui décernant le prix Lallemand, en 1892, pour ses travaux sur le système nerveux, l'Académie des sciences, par l'organe de son rapporteur, M. le professeur Brown-Séquard, le déclarait « un penseur et un écrivain de grand mérite ». Son nouveau livre, comme ses écrits antérieurs, unit l'attrait de la forme à la richesse et à la solidité du fond. Au point de vue médical, psychologique et philosophique, il offre un intérêt hors ligne, et son apparition sera ce qu'on peut appeler un évènement.

Conférence clinique sur la tuberculose des enfants,

par le docteur Paul Simon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, (1 vol. in-8°, 3 fr. — Félix Alcan, éditeur.)

L'auteur examine d'abord, avec les documents que l'observation contemporaine apporte à leur solution, les questions générales suivantes : fréquence de la tuberculose

infantile, influence étiologique de la rougeole, de la coqueluche, de la grippe, de la fièvre typhoïde, rôle de la scrofule, rôle de l'hérédité, étudiées par la clinique et par l'expérimentation bactériologique. Parmi les questions spéciales traitées dans ces leçons, nous signalerons : étiologie de la tuberculisation des méninges, tuberculoses latentes, fièvre tuberculeuse, la température dans la tuberculose méningée, la pleurésie purulente, les tubercules cérébraux, etc.

Dr E. MONIN : HYGIÈNE ET TRAITEMENT DU DIABÈTE. — Paris, (Société d'Éditions scientifiques).

Le livre de M. Monin est court, mais il n'en est pas plus mauvais pour cela, car l'auteur a su choisir dans les multiples médications conseillées contre le diabète, « maladie guérissant peu, mais qu'on pousse », celles qui ont une utilité réelle. Contre la forme légère, il recommande simplement l'hygiène et le régime ; dans la forme moyenne, ce dernier uni à la médication alcaline est d'une efficacité incontestable ; enfin, dans la forme grave, régime et médication alcaline sont mal supportés et il faut alors faire les plus grands efforts thérapeutiques et ne négliger aucune indication symptomatique ; M. Monin passe en revue les différents agents de la médication antidiabétique, indique pour chacun d'eux leurs avantages et leurs inconvénients et consacre des chapitres spéciaux au traitement hydrologique, au traitement des accidents et des complications. Enfin, ce petit livre de bon conseil se termine par un formulaire qui permettra au praticien de varier facilement ses prescriptions.

COURRIER

Par décret en date du 16 novembre 1893, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes :

M. Landouzy est nommé professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris.

COURS DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES. — M. le professeur Guyon reprendra ses leçons le mercredi 29 novembre 1893, à 9 heures (hôpital Necker) et les continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

HOPITAL NECKER. — M. le docteur Félix Legueu, chef de clinique, commencera le lundi, 4 décembre 1893, à 5 heures 1/2 du soir, un cours de clinique et de thérapeutique des maladies des voies urinaires, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure. Le cours sera complet en quinze leçons : pour le suivre, s'inscrire à la clinique.

COURS DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DES MALADIES DE L'ENCÉPHALE. — M. le professeur Joffroy commencera ce cours le samedi 25 novembre 1893, à 9 heures 3/4 du matin, à l'amphithéâtre de l'asile Sainte-Anne, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure. Les samedis leçons à l'amphithéâtre. Les mercredis : interrogatoire des malades. Un cours élémentaire de médecine mentale en quinze leçons, sera fait par M. le docteur Pactet, chef de clinique. On est prié de s'inscrire à l'asile Sainte-Anne.

COURS DE CLINIQUE MÉDICALE. — M. le professeur G. Hayem commencera ce cours à

l'hôpital Saint-Antoine, le samedi 25 novembre 1893, à 10 heures, à l'amphithéâtre de médecine de cet hôpital, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Le samedi : leçon à l'amphithéâtre. Le mardi : conférence au lit des malades. Le jeudi : technique clinique.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le docteur Faure est institué chef de clinique ophtalmologique.

École de médecine de Clermont : M Planchard, suppléant, est chargé d'un cours de clinique obstétricale et de gynécologie.

— *École de médecine de Poitiers* : M. Guitteau est nommé chef des travaux micrographiques et chargé d'un cours complémentaire d'histoire naturelle.

— La Commission chargée de l'examen du projet de loi adopté par la Chambre des députés, sur la protection de la santé publique, est composée de MM. Léon Labbé, Berthelot, Dethou, Camescasse, Demoulins de Riols, Lesouef, Darbot, Cordelet et Cornil. Elle a choisi M. Berthelot comme président, et M. Darbot comme secrétaire.

— L'Assistance publique de la Seine va inaugurer à Belle-Isle-en-Mer une école de réforme des enfants assistés et indisciplinés, laquelle comprendra un cours de timonerie et de matelotage et possèdera, à cet effet, deux embarcations et une barque modèle. A leur sortie de l'école, les élèves pourront espérer un engagement dans les équipages de la flotte.

Questions de l'externat. — Conformation extérieure et rapports des poumons ; muscle psoas iliaque.

— La morve fait des ravages si sérieux à Cuba, qu'une commission a été nommée pour prendre des mesures contre l'extension de la maladie. D'après la *Cronica medico-quirurgica de la Habana*, la morve a fait son apparition à Cuba avec l'insurrection des Etats-Unis en 1868 ; depuis elle a sévi, dans une proportion toujours croissante, sur les chevaux dans l'île entière. Le premier cas de morve humaine remonte à 1870 et depuis cette maladie fait périr chaque année de 20 à 40 personnes. Une de ses récentes victimes est le docteur José Francisco Arango, un médecin distingué, connu par ses travaux littéraires, autant que par ses études scientifiques. Par une triste coïncidence, le premier cas de morve chez l'homme à Cuba avait été rapporté par lui. (*Journal des connaissances médicales*).

— La Compagnie des chemins de fer de l'Ouest a fait afficher dans les gares du chemin de fer de Ceinture et de la banlieue l'avis suivant :

« Conformément aux prescriptions du conseil d'hygiène, MM. les voyageurs sont priés de ne pas cracher sur les parquets des voitures et des salles d'attente ».

Cet avis n'est affiché que dans les salles d'attente et sur les quais. Il serait bon que les voyageurs pussent le lire dans chaque compartiment, à côté de l'avis traditionnel : *Défense de fumer.*

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

HISTOIRE DE LA CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'HOTEL-DIEU

Leçon d'ouverture du 21 novembre 1893, par le professeur Simon Duplay

Messieurs,

Il y a aujourd'hui cent ans (ou du moins il s'en faut seulement d'une année) que fut créée, par un décret de la Convention, la chaire que j'ai l'honneur d'occuper.

En prenant possession de cette chaire, j'ai pensé à célébrer avec vous son centenaire, en consacrant ma première leçon à vous retracer son histoire et à vous entretenir de ceux qui m'y ont précédé et parmi lesquels on compte les plus grands noms de la chirurgie.

C'est à la suite d'un très remarquable rapport de Fourcroy lu à la Convention nationale, le 27 novembre 1794 (7 frimaire an III), au nom des comités de Salut public et de l'instruction publique, que parut le 4 décembre 1794 (14 frimaire an III) le décret sur l'organisation des écoles de santé, instituant trois chaires de clinique : celle de l'hospice de l'Humanité (Hôtel-Dieu) pour les maladies externes ; celle de l'hospice de l'Unité (Charité) pour les maladies internes, enfin celle de l'Ecole même, dite plus tard clinique de perfectionnement (ancien hôpital des cliniques) pour les cas rares et compliqués.

A ce décret étoit annexé un plan général de l'enseignement de la clinique, qui mérite d'être rappelé, car il constitue, en réalité, un programme à peu près complet de ce genre d'enseignement et qui, même aujourd'hui, pourrait être suivi presque textuellement.

Voici quelles étaient les prescriptions relatives à l'enseignement de la clinique chirurgicale :

« Tous les malades attaqués de maladies externes contribueront à l'instruction des élèves.

« On rassemblera dans des salles particulières un certain nombre de maladies, dont les causes, la nature, le traitement, les accidents seront l'objet spécial des leçons.

« Lorsqu'une maladie nécessitera une opération, le professeur fera d'abord l'histoire de la maladie, présentera le tableau des moyens internes ou externes employés jusqu'à ce jour, examinera leurs résultats, appréciera leur valeur ou montrera leur insuffisance.

« Les différents moyens qui établissent la nécessité de l'opération seront ensuite exposés ; puis, en comparant entre eux les différents procédés opératoires, on montrera l'avantage qu'a sur les autres celui qu'on doit employer.

« Enfin, après avoir porté un pronostic sur les suites probables de certains des procédés opératoires, le malade sera mis sous les yeux des élèves ; le professeur fera l'opération nécessaire et appliquera l'appareil convenable.

« Chaque jour, on rendra compte aux élèves de l'état momentané du malade.

« Ceux dont les maladies offriront des cas rares et singuliers seront aussi présentés

aux élèves et le professeur leur fera connaître tout ce qu'ils présenteront d'intéressant.

« En cas de mort prévue ou imprévue, le professeur, après la récapitulation de l'histoire de la maladie et du traitement mis en usage, fera l'ouverture du cadavre, l'examinera en détail et en tirera des conséquences utiles à l'art de guérir. »

Le décret de la Convention qui créait la chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu nommait en même temps DESAULT titulaire de cette chaire à laquelle jusqu'à ce jour neuf professeurs ont été successivement attachés.

DESAULT était déjà chirurgien de l'Hôtel-Dieu depuis neuf ans, lorsque le décret de la Convention le nomma professeur de clinique dans le même hôpital. Le choix de la Convention était grandement justifié par la renommée dont Desault jouissait déjà et par la nature de l'enseignement qu'il avait institué le premier à l'hôpital.

Depuis deux ans, en effet, Desault faisait un cours de clinique à l'Hôtel-Dieu et avait du premier coup porté cet enseignement au plus haut degré de perfection. Or, à cette époque troublée, alors que les écoles étaient fermées et que les élèves ne savaient où trouver les moyens de s'instruire, ce genre d'enseignement devait obtenir un grand succès, et il l'obtint grâce à la valeur considérable de celui qui en était chargé.

Quoique son élocution fût dépourvue d'élégance et gênée, paraît-il, par un léger vice de prononciation, Desault possédait les qualités essentielles du professeur de clinique : l'observation patiente du malade, la clarté de l'exposition.

Desault exerça donc une influence considérale sur son époque et forma par son enseignement toute la génération de chirurgiens du commencement de ce siècle.

Cette influence fut presque entièrement due à son enseignement oral, car il a très peu écrit. C'est au grand Bichat, son élève et son ami, que nous devons de connaître sa pratique, qu'il exposa dans les deux volumes publiées après sa mort, sous le titre de : *Œuvres chirurgicales de Desault* (1798-99). *Un traité des maladies chirurgicales* en deux volumes, paru en 1779, signé de Desault et de Chopart, est presque entièrement écrit par ce dernier, son condisciple et son ami, qui l'a suivi de près dans la tombe.

Desault n'a malheureusement occupé que bien peu de temps la chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, car, nommé professeur le 4 décembre 1794, il mourait d'une sorte de fièvre infectieuse quelques mois après, le 1er juin 1795; à l'âge de 51 ans.

PELLETAN, deuxième titulaire de la chaire de Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, qu'il occupa pendant vingt ans, de 1795 à 1815, était bien inférieur à son prédécesseur et plus encore à celui qui devait lui succéder.

Il possédait de brillantes qualités extérieures, unies à une grande érudition.

Doué d'une merveilleuse facilité d'élocution, il charmait ses auditeurs sans les instruire, car il manquait des aptitudes du vrai clinicien.

L'histoire nous a transmis le souvenir de la grande réputation de Pelletan, qu'il n'a cependant pu soutenir jusqu'à la fin de sa vie.

En effet, une partie du temps qu'il a passé à l'Hôtel-Dieu a été occupée par ses démêlés avec Dupuytren, dont je vons parlerai tout à l'heure.

Après sept ans de lutte avec ce formidable adversaire, Pelletan, complè-

tement discrédité dans l'opinion des élèves et de ses collègues, se retira le 14 septembre 1815.

Jusqu'à la fin de sa vie qui fut longue pourtant, car il mourut à plus de 80 ans, il resta le cœur profondément ulcéré de cette guerre acharnée que Dupuytren lui avait faite, malgré les services éminents qu'il lui avait rendus, et je tiens de son petit-fils qu'à la veille de sa mort il rappelait encore l'ingratitude de Dupuytren, « cette vipère, disait-il, que j'ai réchauffée dans mon sein ».

D'ailleurs, après sa retraite de l'Hôtel-Dieu, Pelletan eut une fin assez piteuse ; il passa à la chaire de médecine opératoire trois ans après, puis à celle d'accouchements, et fut enfin nommé professeur honoraire en 1823.

Si Pelletan n'a rien laissé après lui, malgré la haute situation qu'il a occupée, on doit peut-être en accuser moins l'homme lui-même que le temps dans lequel il a vécu. Il traversa, en effet, les périodes si agitées de toutes façons de la grande Révolution, du Directoire et de l'Empire, et l'on s'explique qu'au milieu de ces grands événements si passionnants on ait pu négliger les travaux de cabinet.

Parmi les événements politiques dans lesquels Pelletan joua un rôle, il en est un dont je tiens à vous dire quelques mots ; je veux parler de la mort et de l'autopsie du fils de Louis XVI.

Dans les derniers temps de sa vie, Desault avait été désigné par le Comité de sûreté générale de la Convention pour visiter ce malheureux qui, prisonnier à la tour du Temple, se mourait de tuberculose.

Desault avait proposé d'abord le transfert du prisonnier à la campagne, et je n'ai pas besoin de dire que cette prescription ne fut pas exécutée.

Il avait institué une médication qui ne fait pas grand honneur au génie inventif et à la thérapeutique du professeur de l'Hôtel-Dieu. Cette médication, qui mérite d'être rapportée, consistait en une décoction de houblon, à prendre par cuillerées de demi-heure en demi-heure, de 6 heures du matin à 8 heures du soir.

A sa seconde visite, il ajouta à ce traitement *énergique* des frictions avec l'alcali volatil.

Il fit encore deux visites, puis la mort le surprit. Son successeur à l'Hôtel-Dieu, Pelletan, fut appelé à lui succéder auprès du dauphin. Il n'ajouta rien au traitement, et, d'ailleurs, le malheureux enfant ne tardait pas à succomber aux progrès de la phtisie et expirait le 8 juin 1795.

L'autopsie fut faite le surlendemain par Pelletan, Dumangin, Lassus et Jeanroy, qui confirmèrent le diagnostic de tuberculose.

Cette autopsie a donné lieu à un incident assez curieux et que l'on pourrait qualifier de comique, s'il ne s'agissait pas d'un évènement aussi triste : Dans le cours de l'autopsie, Pelletan, qui avait été chargé de remettre en place les viscères, mû par un sentiment indéterminé, profita du moment où ses confrères étaient distraits et n'avaient pas l'œil sur lui, pour prendre le cœur du dauphin, l'enveloppa dans un linge et le glissa dans sa poche.

Rentré chez lui, il plaça le cœur dans un bocal rempli d'esprit de vin et n'y pensa plus.

Dix ans plus tard, il retrouva par hasard le bocal, mais il était vide, ou du moins l'esprit de vin s'était évaporé, et le cœur était complètement des-

séché. Pelletan le jeta alors dans un tiroir avec d'autres pièces anatomiques, et un jour le montra à son secrétaire en lui disant que c'était le cœur du dauphin.

Or, quelque temps après, fouillant dans ce même tiroir, il fut tout surpris de ne plus y trouver le viscère royal. Il soupçonna son secrétaire de le lui avoir soustrait, et de fait, celui-ci étant mort, Pelletan fit faire des recherches chez lui et rentra en possession du cœur du dauphin.

Lors de la deuxième Restauration, Pelletan, pensant que Louis XVIII serait heureux de posséder le cœur de son neveu, le lui fit offrir. Mais un des confrères qui avaient assisté à l'autopsie, Dumangin, vexé probablement de l'aubaine qui arrivait à Pelletan, contesta l'authenticité de la relique royale et, Louis XVIII, qui ne manquait pas d'esprit, craignant une mystification ou du moins une erreur survenue dans les diverses pérégrinations de ce cœur, n'accepta pas l'offre de Pelletan.

Mais l'histoire ne finit pas encore là, car Pelletan ne voulant pas conserver ce dépôt sacré, le mit en garde au palais de l'archevêché.

Puis, lors de l'insurrection de 1832, et du pillage de ce palais, le cœur disparut encore une fois, pour être retrouvé par le fils adoptif de Pelletan.

Ce dernier chercha encore à le placer et le fit offrir au comte de Chambord, qui ne paraît pas l'avoir accepté. Là finit l'histoire du cœur du dauphin, car Pelletan fils avait demandé que ce cœur fût mis dans son cercueil, au cas où le comte de Chambord le refuserait.

Pelletan fils est mort. Cette clause a-t-elle été écoutée, ou le cœur du dauphin est-il passé encore en d'autres mains ? Le docteur Corlieu qui raconte cet épisode singulier dans son livre *Sur la mort des rois de France*, ne peut nous renseigner à cet égard.

Ainsi que je vous l'ai dit précédemment, lorsque Pelletan se retira, c'est DUPUYTREN qui fut nommé à sa place, le 9 septembre 1815,

On peut dire que Dupuytren a été une des plus grandes gloires de la chirurgie ou mieux un des chirurgiens dont la réputation a atteint le plus haut degré, non seulement en France, mais encore dans l'univers entier, et dont le nom, franchissant les limites du monde médical, a été également célèbre et répandu dans tous les rangs de la Société, depuis les plus humbles jusqu'aux plus élevés.

Si Dupuytren a eu des admirateurs enthousiastes, il n'a pas manqué d'ennemis et de détracteurs, aussi a-t-il été très diversement jugé e apprécié.

Mais il faut reconnaître que les divergences d'opinion portent plutôt sur l'homme que sur le chirurgien. Un de ses biographes les moins indulgents, Isidore Bourdon, n'hésite pas à dire de lui qu'il fut « *le plus grand et le plus célèbre des chirurgiens de notre siècle*. »

Comme la plupart des grands hommes, Dupuytren a eu une origine obscure et des débuts assez difficiles. Mais ses progrès dans la carrière ont été rapides.

Il commença par s'adonner avec ardeur à l'étude de l'anatomie, et son premier succès important date de sa nomination à la place de chef des travaux anatomiques, le 4 août 1802.

Mais bientôt il se tourna vers la chirurgie et fut nommé, en 1803, chirur-

gien de 2e classe à l'Hôtel-Dieu. Cinq ans plus tard, il devenait chirurgien en chef adjoint du même hôpital.

A cette époque, il existait dans chaque grand hôpital un chirurgien en chef, auquel étaient soumis les autres chirurgiens du même hôpital, et aucune décision importante ne pouvait être prise par ces derniers sans l'assentiment du chirurgien en chef.

Cette institution a fort heureusement disparu depuis longtemps.

Or, Dupuytren, comme chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu, se trouvait sous la dépendance de Pelletan.

Je vous ai déjà signalé la lutte qui s'engagea entre ces deux hommes, lutte dans laquelle Pelletan finit par succomber.

Il avait affaire, en effet, à forte partie. Tout obstacle à l'ambition de Dupuytren devait être brisé. Il voulait partout la première place et, par conséquent, il lui fallait supplanter Pelletan à l'Hôtel-Dieu.

Mais pour arriver à ce but, il était d'abord nécessaire d'être professeur à l'École de Médecine et de devenir ainsi l'égal de celui qu'il voulait écraser.

Sabatier étant mort juste à point, et la chaire de médecine opératoire étant devenue vacante, Dupuytren prit part au concours ouvert à cette occasion et fut nommé le 8 février 1812

Ce concours, dans lequel Dupuytren l'emporta sur ses trois concurrents : Rouxin, Marjolin et Tortia, fut extrêmement brillant et surtout très mouvementé.

« Il y eut, dit Is. Bourdon, entre les compétiteurs des violences inouïes, des injures publiques, des défis et même des cartels échangés. »

A partir du moment où Dupuytren fut le collègue de Pelletan, la lutte devint plus vive que jamais entre ces deux hommes. Sans souci de la bienveillance avec laquelle Pelletan l'avait accueilli à ses débuts, et des services qu'il lui avait rendus, Dupuytren mit tout en œuvre pour rendre à son chef la vie impossible à l'Hôtel-Dieu. Il lui tendait constamment des pièges, soit en le mettant inopinément en présence de cas très difficiles, sur lesquels il demandait un avis immédiat, soit en l'abandonnant à lui-même au milieu de circonstances périlleuses. Dupuytren s'efforça, en un mot, de montrer publiquement l'insuffisace de son collègue et de le discréditer auprès des élèves. On prétend que Pelletan en était arrivé à se cacher de son adjoint.

Après sept ans de luttes, comme je vous l'ai dit, Pelletan découragé se retira et Dupuytren fut nommé professeur de clinique chirurgicale et chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, le 9 septembre 1815.

S'il est permis de blâmer la conduite de Dupuytren dans ses démêlés avec Pelletan, il faut avouer que son avènement à l'Hôtel-Dieu a été une bonne fortune pour l'École de Paris.

Depuis Desault elle n'avait plus de chef. Les professeurs chargés de l'instruction des élèves étaient déjà vieux et représentaient la chirurgie du siècle précédent. Dupuytren, encore jeune, imbu des grandes idées de Bichat, doué d'une intelligence de premier ordre et d'aptitudes cliniques remarquables, a inauguré un enseignement qui devait surpasser celui de Desault.

Grâce à lui, et pendant plus de vingt ans, la chirurgie française a été

portée au premier rang dans le monde entier. Aussi pouvons-nous dire avec M. Rochard : « Lorsqu'un homme a projeté un tel éclat sur une des branches des connaissances humaines, le pays qu'il a illustré doit oublier ses erreurs, et laisser l'ombre du passé s'étendre sur ses travers et même sur ses fautes. »

Déjà lorsque Dupuytren fut nommé professeur de clinique, sa réputation était considérable. Elle parvint à son apogée lorsqu'il entra en maître à l'Hôtel-Dieu. Son besoin de dominer était tel qu'il ne souffrit même pas la présence d'autres chirurgiens auprès de lui et qu'il obligea ses deux adjoints, Marjolin et Thévenot de Saint-Blaise, à se retirer et à lui laisser le champ absolument libre.

Il consacrait, paraît-il, un temps considérable à son service et à l'enseignement, ne passant pas moins de quatre ou cinq heures chaque jour à 'Hôtel-Dieu faisant tout par lui-même et contrôlant tout avec un soin scrupuleux et même avec une grande sévérité.

Son enseignement précis, méthodique, clair, plein d'autorité, tout personnel, car il se montrait très sobre de citations, a été incomparable et a laissé dans l'esprit de ceux qui l'ont suivi des souvenirs impérissables.

Ce n'était pas seulement un professeur de tout premier ordre; c'était surtout un clinicien, un chirurgien incomparable, presque génial; si l'on en croit du moins un certain nombre d'histoires dans lesquelles la sûreté, la profondeur de ses diagnostics, la hardiesse de ses décisions, l'habileté de ses interventions tiennent du prodige et ont étonné, ébloui même ceux qui suivaient son service.

Il semble bien qu'un certain nombre de ces histoires aient été quelque peu embellies par le fanatisme de ses élèves, et Malgaigne en a réduit plusieurs à des proportions plus vraisemblables et plus humaines.

Il faut bien savoir aussi que Dupuytren pontifiait toujours,et que comme tout pontife il mettait quelque peu de charlatanisme dans sa manière de faire. Toujours en scène, raisonnant à l'avance tous ses actes et toutes ses paroles, rapportant tout à sa personnalité, il préparait de longue main ses effets et réussissait à produire de ces coups de théâtre qui sont devenus légendaires, et qui étonnaient au plus haut point les élèves du service, même ceux qui l'approchaient de plus près, et avec lesquels il n'échangeait pas une parole.

(A suivre.)

Des tractions rythmées de la langue contre l'asphyxie consécutive à la trachéotomie

Par MM. Moizard, médecin de l'hôpital Trousseau, Fournier et Prieur

Les applications du procédé de M. Laborde sont de jour en jour plus nombreuses. D'abord employées contre l'asphyxie par submersion, où elles donnent les plus heureux résultats, les tractions rythmées de la langue ont été appliquées à l'asphyxie des nouveau-nés, à l'empoisonnement par le bromidia; M. Félizet y a eu recours contre des accidents asphyxiques d'origine tétanique; M. Springer, contre l'asphyxie par le gaz des fosses d'aisances; M. Vigneau, dans l'éclampsie. Enfin, on connaît les bons effets

de la méthode de M. Laborde dans les accidents chloroformiques. Elle semble donc constituer un précieux secours dans tous les cas d'asphyxie, quelle qu'en soit la cause.

Nous venons d'observer à l'hôpital Trousseau deux cas où les tractions rythmées de la langue ont été d'une efficacité remarquable. On sait combien il est fréquent, soit lorsqu'un enfant est opéré à une période avancée du croup, soit lorsque la trachéotomie présente des difficultés qui en retardent la terminaison, de constater l'arrêt de la respiration après l'opération. Il y a là en quelque sorte une sidération du bulbe chez un enfant qui a lutté pendant de longues heures contre l'asphyxie. Les excitations cutanées et trachéales, les injections de caféine, mais surtout la respiration artificielle longtemps et énergiquement pratiquée, rétablissent le plus souvent les mouvements respiratoires. Il arrive quelquefois cependant que l'enfant ne peut être rappelé à la vie qu'après de longs efforts et de terribles angoisses. Aussi ne saurait-on être trop armé contre ces formidables accidents. Les tractions rythmées de la langue peuvent être fort utiles en pareil cas, ainsi que le prouvent les deux observations suivantes :

I. Emilie F..., âgée de 4 ans, entrée à l'hôpital Trousseau avec une angine diphtérique de moyenne intensité et du croup, est prise le 7 novembre d'un accès de suffocation qui exige une trachéotomie immédiate. L'opération est faite suivant les règles ordinaires ; mais la trachée est molle et la première incision, trop courte, doit être prolongée. L'hémorrhagie est abondante, une certaine quantité de sang pénètre dans la trachée, et, lorsque après quelque retard on parvient à introduire la canule, l'asphyxie est complète ; les lèvres sont violacées, les pupilles largement dilatées, l'enfant semble mort.

A l'aide d'une pince hémostatique fixant l'extrémité de la langue, on pratique alors des tractions rythmées, suivant le procédé de M. Laborde. A la sixième traction, l'enfant fait une profonde inspiration, suivie d'une forte expiration qui détermine le rejet par la canule d'une fausse membrane assez volumineuse et de sang.

A partir de ce moment, on fait encore une douzaine de tractions de la langue, et peu à peu la respiration se rétablit.

Ce qui a été remarquable dans ce fait, c'est la rapidité avec laquelle la respiration a reparu. Au bout de six tractions, c'est-à-dire en quelques secondes, tout danger d'asphyxie avait disparu.

II. Dans la deuxième observation, c'est après avoir essayé la respiration artificielle qu'on eut recours aux tractions rythmées avec un plein succès. Il s'agit d'un enfant de quinze mois, amené à l'hôpital dans un état tel qu'il ne respirait plus quand on l'étendit sur la table d'opération. C'est presque sur un cadavre que la trachéotomie fut pratiquée. Bien que très rapide, l'introduction de la canule ne provoque aucun réflexe, aucun effort de toux; l'enfant ne respire pas. La respiration artificielle pratiquée immédiatement, amène à l'orifice de la canûle une fausse membrane assez volumineuse, qui est enlevée. Mais l'enfant reste toujours en état de mort apparente. C'est alors qu'on se décide à pratiquer les tractions rythmées. A la dixième ou douzième traction, l'enfant fait une forte inspiration ; les tractions sont continuées encore quelques instants, et la respiration ne tarde pas à se rétablir.

Telles sont ces deux observations. Elles montrent que la méthode de M. Laborde peut être très efficace contre les accidents asphyxiques consécutifs à la trachéotomie, et même qu'elle peut réussir à les conjurer alors que la respiration artificielle a échoué.

HYGIÈNE

BULLETIN SANITAIRE

L'épidémie de choléra touche à sa fin, bien qu'il y ait encore, par-ci par-là, quelques petits foyers qui ne sont pas complètement éteints. En France, nous en sommes débarrassés. Dans le Finistère, où il s'était réfugié en dernier lieu, on ne s'en occupe plus. Il y a encore eu, pendant la première quinzaine de novembre, une quinzaine de décès répartis entre neuf communes, mais ce sont vraisemblablement les derniers. A Brest, on ne publie plus le bulletin municipal des décès ; il n'y a plus de services de cholériques dans les hôpitaux et on n'entend plus parler de nouveaux cas de choléra dans les autres communes du département. Il disparaît de même peu à peu du reste de l'Europe ; cependant, il y a eu une petite recrudescence à Constantinople dans les premiers jours du mois. On a signalé 15 cas le 6 novembre et 36 le lendemain ; du 29 août au 25 octobre, il y a eu, dans la Turquie tout entière, 344 cas, dont 202 décès. La maladie semble remonter vers sa source ; elle continue en Mésopotamie et en Perse, où la mortalité est considérable, surtout à Téhéran. Elle s'est atténuée en Tunisie où nous signalions sa présence dans notre dernier compte rendu. Il y a pourtant encore des décès à Sousse, à Bizerte et à Tunis. Elle vient de se montrer dans la Tripolitaine.

Ces dernières manifestations n'ont pas assez d'importance pour préoccuper l'opinion et ce bulletin sanitaire est le dernier que nous ferons paraître; mais, puisque nous n'aurons plus l'occasion de parler du choléra, nous insisterons une dernière fois sur le caractère tout particulier de cette épidémie et sur les mesures qu'on lui a opposées.

Ce qui frappe le plus, quand on compare son évolution à celle des épidémies précédentes, c'est la lenteur avec laquelle elle s'est propagée et le peu d'énergie de ses foyers d'expansion. Sauf quelques localités, comme Hambourg, qui ont été décimées, le nombre des victimes a été relativement faible et la maladie s'est éteinte peu à peu. On ne peut cependant pas attribuer cela à une diminution de la virulence, car jamais le chiffre des décès n'a été aussi considérable par rapport à celui des personnes atteintes et le nombre des cas foudroyants a été relativement aussi grand qu'au temps des épidémies les plus meurtrières.

Si la mortalité, prise en masse, a été moindre, nous devons l'attribuer aux progrès de l'hygiène et à l'assainissement des localités. Il serait injuste, toutefois, de ne pas faire aussi leur part aux mesures de prophylaxie sanitaire qui ont été adoptées dans les différents pays. Celles qu'on a prises en France ont été l'objet d'une communication que M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, a faite, il y a quinze jours, à la tribune de l'Académie de médecine. Il en a été rendu compte dans le numéro de l'*Union médicale* du 16 novembre, et nous avons traité le même sujet

dans celui du 25 octobre (1); mais nous ne pouvons pas nous dispenser de faire remarquer que c'est la première fois qu'un système de protection complet et conforme aux doctrines scientifiques contemporaines a été appliqué dans le pays tout entier, à l'intérieur, comme à la frontière.

Ceux qui ont, avec nous, lutté pendant dix ans pour l'émancipation de l'hygiène et la concentration des services qui l'intéressent entre les mains d'une *direction administrative autonome compétente et responsable*, ceux-là sont en droit de se féliciter aujourd'hui de ce grand résultat produit par la réalisation de leurs vœux et qui n'est que le commencement d'une ère nouvelle.

REVUE DE L'HYGIÈNE

Transmission des maladies contagieuses par les voitures publiques et les wagons des chemins de fer. — Les hygiénistes s'occupent depuis longtemps de cette question. Après avoir montré la fréquence des cas de diphtérie, de scarlatine et de variole contractés dans des fiacres qui venaient de transporter des malades à l'hôpital, ils ont réclamé la création de voitures spéciales pour effectuer ces dangereux transports et ils ont fini par l'obtenir, à Paris du moins. La préfecture de police et la préfecture de la Seine ont rivalisé de zèle et maintenant ce service fonctionne de la façon la plus satisfaisante.

Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine s'est également préoccupé des dangers que présente la réunion des voyageurs dans l'intérieur d'un omnibus ou d'un tramway, surtout en ce qui concerne la transmission de la phtisie, par les crachats que les tuberculeux projettent sur le parquet de ces voitures; ils s'y dessèchent, comme on le sait, et se mêlent aux poussières qu'on y respire. Le Conseil a émis le vœu que ces voitures fussent nettoyées et désinfectées tous les jours et qu'on y affichât un avis pour inviter à ne pas cracher sur le parquet. Cette dernière condition a été remplie. Elle a été assez vivement critiquée dans la presse. On a feint de croire qu'on allait interpeller et poursuivre les gens qui oublient de s'y conformer; tandis que ce n'est qu'un simple avis, qu'une prière, qui ne triomphera assurément pas d'une manière complète de cette dégoûtante habitude, mais à laquelle beaucoup de gens se conformeront et ce sera toujours cela de gagné.

C'est aux wagons de chemins de fer qu'on s'adresse aujourd'hui. Nous sommes au moment où les phtisiques émigrent vers les stations du midi de l'Europe, où les trains renferment de nombreux malades et le danger de la contamination est plus grand dans ces longs voyages que pendant les cours trajets que font les omnibus et les tramways.

Il serait à désirer, et le vœu en a été déjà plusieurs fois formulé au Conseil d'hygiène, que les Compagnies fussent invitées, comme l'a été celle des omnibus, à nettoyer et à désinfecter périodiquement les wagons de voyageurs, plus particulièrement sur les lignes du Midi. M. le docteur Georges Legrand, médecin à Biarritz, a récemment adressé à l'Académie de médecine, un mémoire sur ce sujet. Il y insiste également sur la nécessité de prendre des mesures, dans les stations que fréquentent les phtisiques, contre la contamination possible par le mobilier des chambres d'hôtel qu'ils ont habitées. Celles qu'il propose consistent : 1° dans la création d'un *bureau d'hygiène local* s'occupant de toutes les questions intéressant l'état sanitaire de la ville et surveillant particulièrement les logements des indigènes dont on ne paraît pas s'être préoccupé jusqu'à ce jour; 2° dans l'acquisition des appareils nécessaires pour procéder à la désinfection des objets

(1) Les nouvelles doctrines sanitaires (*Union médicale*, n° 48, p. 565).

de literie (tapis, linges, couvertures, etc.) et des locaux eux-mêmes, après le décès ou le séjour prolongé des malades atteints d'affections transmissibles Ce sont des précautions très sages et sur l'emploi desquelles il sera bon d'insister.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 novembre 1893. — Présidence de M. Fernet.

Tractions rythmées de la langue contre l'asphyxie consécutive à la trachéotomie.

M. Moizard fait sur ce sujet une communication que nous avons reproduite in extenso.

Paralysie motrice systématisée des membres droits ; dysphasie et dysgraphie de nature fonctionnelle.

M. Séglas présente l'observation d'un malade qui fut pris subitement de paralysie des membres du côté droit avec troubles de la parole, sans perte de connaissance ; la paralysie était systématisée à certains mouvements ; il n'y avait pas de troubles de la sensibilité. Il y avait de l'aphasie motrice sans cécité ou surdité verbale. Ces troubles cessèrent, puis reparurent deux ans après sous forme de dysphasie très marquée, accompagnée de dysgraphie : parole lente, arythmique, répétition, omission, déformation des mots, difficulté de l'écriture. Ces troubles, dont la malade a conscience, s'accentuent par l'émotion, la fatigue, persistent dans le chant et ne s'accompagnent pas de troubles de la respiration ni d'aucun phénomène spasmodique.

On ne peut, dans ce cas, songer à une lésion cérébrale organique ; mais les troubles observés sont très comparables aux faits d'astasie-abasie et à certaines paralysies de même aspect survenant chez des hystériques.

Des suppurations froides consécutives à la fièvre typhoïde. Spécificité clinique et bactériologique de l'ostéomyélite typhique.

M. Widal (en son nom et en celui de M. Chantemesse). — La pathogénie des suppurations observées au cours, au déclin et dans la convalescence de la fièvre typhoïde s'est éluciéde, en ces dernières années, grâce aux recherches bactériologiques. Ces suppurations sont tantôt banales, dues aux microbes pyogènes vulgaires, tantôt véritablement spécifiques et dues à l'action du bacille typhique. Il existe actuellement une quarantaine d'observations de ces suppurations spécifiques résumées pour la plupart dans la thèse de M. Dehu. Elles apparaissent ordinairement au déclin de la maladie ou pendant la convalescence.

Elles ont une prédilection marquée pour le tissu osseux, ensuite pour les séreuses et, par ordre de fréquence, pour les méninges, la plèvre, le péritoine, les gaines synoviales ; elles se localisent assez fréquemment dans le corps thyroïde et le testicule. La rate est le seul parenchyme où elles aient été signalées. Elles peuvent aussi occuper les voies biliaires, infiltrer un ganglion mésentérique ou débuter exceptionnellement par un muscle.

La symptomatologie est parfois commandée par le siège de la lésion ; c'est le cas pour la méningite. En général, la supuration s'établit sans fièvre vive ni symptômes

réactionnels intenses; la température est subfébrile. Il est des cas enfin où la suppuration débutant par les os, la fièvre peut faire totalement défaut, les symptômes généraux manquer et la lésion évoluer pendant des mois ou même plus d'une année, sous le masque d'une ostéopathie syphilitique ou des abcès froids de la tuberculose.

M. Widal rapporte deux observations personnelles très caractéristiques. Dans la pree mière, il s'agit d'une suppuration froide localisée au périoste du tibia ; l'évolution de cetts suppuration dura onze mois. Dans la seconde, plusieurs foyers de suppuration se produisent : tibia droit, partie postérieure et inférieure de la cuisse gauche, médius gauche, cubitus ; 18 mois après le début de l'affection, ces abcès n'étaient pas encore guéris et contenaient encore le bacille typhique.

Le bacille typhique, après s'être généralisé pour donner une maladie aiguë, peut donc se localiser pour donner une maladie chronique, froide, apyrétique et sans réactions, évoluant par poussées de façon à simuler pendant des années la tuberculose osseuse.

En se développant dans le tissu osseux, le bacille typhique a donc une tendance marquée à déterminer des processus chroniques.

L'ostéo-myélite typhique présente les caractères suivants :

L'âge du sujet et la forme de la fièvre typhoïde dont il a souffert sont les facteurs étiologiques les plus importants.

L'ostéomyélite typhique affecte une prédilection pour l'adolescence, mais elle peut s'observer à un âge relativement avancé.

C'est surtout à la suite des formes à rechute et des formes prolongées de la dothiénentérie que l'on rencontre l'ostéomyélite. Elle est ordinairement un accident de la convalescence.

Relativement à ses localisations, le tibia est l'os de choix (12 fois sur 14) ; différents os du squelette peuvent aussi être atteints isolément ou en même temps.

La lésion est presque toujours localisée aux parties superficielles de l'os. Les deux foyers d'élection sont l'épaisseur du périoste et le tissu compact de la diaphyse.

Les exostoses peuvent rester longtemps sans suppurer. Les collections purulentes peuvent devenir assez volumineuses. La douleur n'a manqué dans aucune des observations, du moins au début.

Il est des cas où la simple incision de la tumeur suffit pour amener la guérison, mais bien souvent la cicatrice reste longtemps fistuleuse, dans ce dernier cas il s'agit d'une lésion osseuse plus profonde et l'intervention chirurgicale devient indispensable pour la guérison complète. Le pronostic des suppurations osseuses posttyphiques est bénin, alors même que les lésions sont multiples et les suppurations abondantes.

En terminant. M. Widal fait remarquer — et c'est un nouvel argument pour montrer les différences qui séparent, au point de vue des qualités pathogènes, le bacille typhique du coli-bacille, — que l'observation clinique ne révèle pas l'existence d'ostéites consécutives à l'évolution des infections coliennes.

COURRIER

—

Inauguration d'un nouveau pavillon a la Maternité. — Jeudi dernier, à trois heures et demie, a eu lieu, à la Maternité, l'inauguration du nouveau pavillon destiné à recevoir les nouveau-nés prématurés, débiles ou infirmes.

Les invités, au nombre d'une centaine, se sont d'abord réunis dans le parloir de l'hôpital, et Mme Henry, sage-femme en chef de la Maternité, chargée de la surveillance du

nouveau service, a fait l'historique des besoins qui ont nécessité la création du pavillon où, a-t-elle dit, la « proportion actuelle de 32 0/0 d'enfants sauvés pourra être doublée ».

Après elle, MM. Peyron, directeur de l'Assistance publique, le docteur Tarnier, et Strauss, conseiller municipal, ont pris successivement la parole et félicité le personnel de l'hôpital des soins éclairés et assidus prodigués aux nouveau-nés.

Citons, parmi les assistants, les docteurs Bourneville, Bouilly et Guéniot.

Un lunch a été servi après la visite.

Concours de l'externat. — Question donnée : Configuration et rapports de l'œsophage.

— Dans son audience du 16 novembre 1893, la 10e chambre du tribunal correctionnel de Paris a jugé une affaire d'exercice illégal de la médecine qui, quoique se produisant rarement, ne mérite pas moins d'être signalée :

Un externe des hôpitaux faisant fonctions d'interne à la maison municipale de santé avait été appelé, par un des amis de sa famille, au chevet de la femme de ce dernier. Il fallait se hâter et formuler une ordonnance, ce que fit le jeune externe; mais comme il était tard, et que les pharmaciens du quartier pouvaient refuser d'exécuter l'ordonnance, sur le désir de son ami, l'étudiant en médecine fit précéder son nom du titre de docteur. Deux jours après, sur la demande de l'externe, son chef de service était appelé auprès de la malade et confirmait pleinement et le diagnostic et le traitement de son élève.

Quel ne fut pas l'étonnement de ce dernier quand, quelque temps après, il se voyait poursuivi en police correctionnelle sous la prévention d'exercice illégal de la médecine, et ce, sur la plainte même de l'ami qui l'avait fait appeler!

Après avoir condamné par défaut le délinquant à 1,000 francs d'amende, le tribunal, sur opposition, a réduit la peine à 16 francs d'amende avec application de la loi du 26 mars 1891. (*Semaine médicale.*)

Corps de santé de la marine et des colonies. — Par suite de l'affectation à l'Ecole de médecine navale de Bordeaux d'un cinquième médecin de 1re classe professeur répétiteur, un concours pour cet emploi sera ouvert le lundi 22 janvier 1894, à neuf heures du matin, dans un port militaire qui sera désigné ultérieurement. Ces épreuves porteront sur l'anatomie, la médecine opératoire et les accouchements.

— M. le médecin de 1re classe Barthélemy est désigné pour embarquer comme médecin major à bord du *Hugon*, en remplacement de M. Rousseau, qui a terminé sa période réglementaire. M. Barthélemy prendra passage sur le paquebot partant de Marseille le 3 décembre prochain.

— M. le médecin de 2e classe Vincent, provenant de Brest, remplace à Groix M. le médecin de 1re classe Richer de Forges, qui rallie Brest.

— M. le médecin de 2e classe auxiliaire Frézouls est arrivé au port.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

HISTOIRE DE LA CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE À L'HOTEL-DIEU

Leçon d'ouverture du 21 novembre 1893, par le professeur Simon Duplay

(*Suite*)

Les rapports du maître avec les élèves étaient, en effet, bien différents de ce qu'ils sont aujourd'hui. Je tiens de mon père, qui fut interne de Dupuytren, que tout tremblait devant lui ; nul ne se serait hasardé à lui demander une explication et à plus forte raison à entamer avec lui une controverse, et si pareille chose fût arrivée, le mortel assez osé pour interroger la Divinité eût été, sinon foudroyé, du moins remis à sa place de la bonne manière.

Il y a loin de là à nos mœurs plus égalitaires, et je préfère les relations familiales qui unissent aujourd'hui le maître et l'élève.

Nous avons aussi renoncé à cette sorte de charlatanisme scientifique dont usait parfois Dupuytren, pour ménager ou préparer ses effets sur la foule. Le maître est plus sincère et dit ouvertement ce qu'il pense, ce qu'il fait, sans faire mystère des moyens qu'il emploie pour arriver au diagnostic ni des motifs de sa détermination.

Quoi qu'il en soit, Dupuytren a exercé une influence considérable sur la chirurgie de son temps, et comme Desault, son prédécesseur, c'est presque exclusivement par son enseignement oral qu'il a formé une nombreuse pléiade de chirurgiens de tout premier ordre et qui ont à leur tour illustré la première moitié de ce siècle, tant en province qu'à Paris même.

Pendant longtemps, avoir été interne de Dupuytren constituait un titre sérieux, non-seulement parmi les médecins, mais dans le monde, et plusieurs même usurpaient ce titre et n'avaient vu le maître que de loin.

Comme Desault, Dupuytren a peu écrit ; à part quelques mémoires, que vous trouverez cités dans tous les livres, c'est surtout dans les *Leçons orales de clinique chirurgicale*, publiées par Brierre de Boismont et Buot, et, dans le *Traité des blessures par armes de guerre*, par Paillard et Mara, que l'on trouve exposée la pratique du maître.

Si son nom ne se rattache à aucune grande découverte, et si la plupart de ses inventions, de ses procédés sont tombés en désuétude, il n'en est pas moins vrai qu'il a en grande partie transformé la chirurgie de son temps, qu'il a enseigné une pratique raisonnée, sage, prudente, et que ses élèves devaient à leur tour perfectionner davantage.

Je n'ai pas voulu faire une biographie complète de Dupuytren, mais j'ai seulement tâché, d'après ce que j'en ai lu, et d'après ce que j'en ai entendu dire, par ceux qui l'avaient plus ou moins approché, de vous donner idée de l'homme et surtout du chirurgien.

L'histoire de sa vie, mêlée aux événements politiques de l'époque, nous fournirait une foule d'anecdotes, de légendes même, ainsi que j'ai eu l'occasion de le dire. Je ne veux pas m'arrêter sur ce sujet, mais seulement

vous dire quelques mots de deux épisodes importants de son existence et qui se rattachent à l'assassinat du duc de Berry, et aux guerres civiles de 1830 et de 1832.

Le 13 février 1820, à la représentation de l'Opéra, au moment où le duc de Berry se trouvait dans le vestibule du théâtre, il fut frappé par Louvel, au dessous du sein droit, d'un coup de poignard que l'assassin laissa dans la plaie.

Le blessé retira lui-même l'arme ; le sang jaillit en abondance et une syncope survint pendant qu'on transportait le prince dans le salon de sa loge.

On courut de tous côtés chercher des secours médicaux, car les deux médecins de service du théâtre étaient absents.

Il en vint successivement cinq ou six. Le blessé avait la respiration très difficile ; un des médecins, Blancheton, pensant que la dyspnée était due à un épanchement pleural, essaya d'agrandir la plaie, mais il ne s'écoula pas de sang. On pensa, dans les idées de l'époque, qu'il était indispensable de saigner le blessé. On essaya aux deux bras, mais, peut-être l'émotion s'en mêlant, on ne put tirer de sang. On tenta même une saignée du pied sans succès.

C'est alors que se produisit un incident qui mérite d'être raconté. Un des médecins, Bougon, n'écoutant que son zèle, appliqua la bouche sur la plaie et pratiqua la succion.

On rapporte, à ce propos, les paroles suivantes du prince : « Docteur, le poignard était peut-être empoisonné ».

Il est inutile d'ajouter que Bougon n'obtint aucun résultat de la succion ; elle devait seulement plus tard rapporter à son auteur.

Enfin Dupuytren, qu'on avait mandé, arriva vers une heure du matin. Après une longue consultation, il conclut à la nécessité d'agrandir la plaie pour donner accès au sang épanché dans la plèvre. Il s'en écoula, en effet, une certaine quantité, mais cela ne soulagea en rien le blessé, qui expira à six heures et demie du matin.

L'autopsie, pratiquée le lendemain, démontra que le poignard de Louvel avait traversé le poumon droit de part en part, le péricarde et enfin l'oreillette droite du cœur, qui avait été également complètement transpercé.

Le traitement institué par Dupuytren a été très critiqué. D'abord et très vivement par un vieux chirurgien du nom de Valentin, qui avait écrit en 1771 un mémoire *sur les plaies de poitrine avec épanchement*. Valentin prétendit qu'il aurait fallu faire une très large ouverture, multiplier les saignées — ce en quoi, il n'avait pas l'air de critiquer Dupuytren. — Il alla même jusqu'à contester l'exactitude de l'autopsie, quoique signée de dix-neuf docteurs, se fondant sur ce que le blessé n'eût pu vivre aussi longtemps si le cœur avait été blessé. Ce qui est une grosse erreur.

D'autres critiques moins acerbes furent adressées à Dupuytren. Mais, en somme, il en sortit victorieux, et nous devons avouer que, même aujourd'hui, nous ne ferions pas mieux. Car, en réalité, il n'y avait rien à faire.

Comme épilogue à cette histoire, je dirai qu'après les événements politiques de 1822, lorsque l'école fut licenciée et que neuf professeurs furent mis à la retraite, le décret du 2 février 1823 reconstituant la Faculté nommait

Bougon, professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Côme (ancien hôpital des cliniques).

Déjà en décembre 1820 (quelques mois après l'exécution de Louvel) Bougon faisait partie de la première promotion des membre de l'Académie de médecine.

On récompensait ainsi le prétendu dévouement de Bougon au duc de Berry. Ces faveurs tombaient aussi mal que possible, car Bougon était un chirurgien sans aucune valeur.

Je n'ai pas besoin de dire que lors de la réorganisation de l'école, Dupuytren avait été réintégré dans sa chaire de l'Hôtel-Dieu.

Quelques mots pour finir sur la conduite de Dupuytren pendant les journées de guerre civile.

Par sa situation au voisinage de l'Hôtel de Ville, l'Hôtel-Dieu a eu le triste privilège, dans les jours d'émeute et d'insurrection, de regorger de blessés.

Lors de la révolution de 1830, le service de Dupuytren ne reçut pas moins de 354 blessés en quatre jours, dont 204 dans la même journée. Si l'on en croit Ménière, qui suivait le service comme aide de clinique et qui a publié un livre sur l'Hôtel-Dieu de Paris pendant les journées de juillet, Dupuytren fit lui-même presque toutes les opérations, les débridements des plaies, les extractions de projectiles, les pansements des fractures, les amputations, ; tout était fait par lui ou sous ses yeux, et le soin des premiers appareils était confié à des mains sûres.

De même lors de l'insurrection de 1832. Mais à cette occasion se place un épisode dont il importe de rappeler le souvenir.

Le *Moniteur* du 10 juin 1832 publia l'ordonnance suivante du préfet de police Giguet :

« Tous les médecins, chirurgiens, pharmaciens et officiers de santé du « département de la Seine qui auront administré des secours à des blessés « depuis le 4 juin exclusivement seront tenus de faire dans les vingt-quatre « heures la déclaration aux commissaires de police de Paris et aux maires, « sous peine de 300 francs d'amende. Cette déclaration indiquera les causes « des blessures, leur gravité et les circonstances qui y auront donné lieu. »

Je m'empresse de dire, à l'honneur du corps médical, qu'aucun médecin ou chirurgien ne se conforma à cette monstrueuse ordonnance. Un seul, dont je tairai le nom, fit exception. Mais, quoiqu'il soit mort seulement il y a quelques années à un âge avancé, il a porté toute sa vie le poids de sa honteuse lâcheté. Malgré un talent incontestable et incontesté, il n'a jamais pu parvenir aux sommets auxquels il aurait eu droit de prétendre, et les portes de la Faculté et de l'Académie sont restées obstinément fermées devant lui.

Dupuytren s'associa à la protestation générale et, dans sa leçon du 12 juin, il s'exprima ainsi :

« Depuis le 13 vendémiaire, je suis attaché aux hôpitaux ; en aucun « temps, après une réaction quelconque, sous la République, sous l'Em- « pire, sous la Restauration, jamais je n'ai vu mettre à l'index les blessés « par le parti vainqueur ; jamais l'autorité n'a eu la pensée de faire juger, « par les Conseils de guerre, des malheureux qui avaient expié leur faute « par des blessures, par la perte d'un membre, par le risque de la vie. »

Pour quiconque se rappelle les attaches de Dupuytren à la royauté, ces belles paroles auront encore plus de poids et doivent faire honneur à celui qui les a prononcées.

Dupuytren fut frappé en pleine activité et en pleine gloire par la maladie. Le 15 novembre 1833, une légère attaque d'apoplexie le surprit au milieu d'une leçon qu'il ne voulut pas cependant interrompre. Il lui resta un peu d'hémiplégie faciale et d'embarras de la parole. On l'obligea à se reposer, à quitter Paris, et il alla en Italie. Ce voyage fut, paraît-il, une sorte de marche triomplale.

Revenu l'année suivante à Paris, au printemps de 1834, il reprit ses leçons à l'Hôtel-Dieu où on lui fit à sa rentrée une ovation enthousiaste. Mais ce ne fut qu'un éclair passager et les beaux jours de l'Hôtel-Dieu étaient bien finis. Sa santé s'altéra de nouveau, une pleurésie se déclara et, malgré les soins assidus de ses collègues, après avoir lutté pendant trois mois, il succomba le 8 février 1835. Il n'avait que 58 ans.

Roux, quatrième titulaire de la chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, succéda à Dupuytren. Nommé au concours, en 1820, professeur de pathologie externe, il passa comme professeur de clinique à la Pitié en 1830, puis remplaça Boyer à la Charité en 1833 et, enfin, prit possession de la chaire de Dupuytren en 1835, à la mort de ce dernier.

C'était là une succession écrasante, et Roux, malgré son grand mérite, n'était pas de taille a en supporter le poids.

Comme professeur surtout, il n'a laissé que de détestables souvenirs. Esprit brouillon, diffus, sans méthode, d'une volubilité incroyable, parlant pour ne rien dire et pour comble bredouillant, il fatiguait vite son auditoire. Il se vantait, me disait mon père, de pouvoir faire, quand on le voudrait, une leçon d'une heure sur le manche d'un scalpel.

Mais s'il était plus qu'insuffisant comme professeur, Roux était, paraît-il, d'une dextérité manuelle incroyable. On allait à l'Hôtel-Dieu, non pour apprendre la clinique, mais pour voir opérer le professeur, et, lors d'un voyage célèbre que Roux fit en Angleterre, il émerveilla les chirurgiens d'outre-Manche par sa maestria opératoire.

Quoique bien inférieur à Dupuytren, il a laissé son nom attaché à un assez grand nombre d'innovations ou de perfectionnements importants. Les résections articulaires, la staphyloraphie, l'opération de la cataracte par extraction, les autoplasties, la périnéoraphie, pour ne citer que les opérations les plus importantes, ont été imaginées ou vulgarisées par lui en France

Roux occupa pendant dix-neuf ans la chaire de clinique de l'Hôtel-Dieu, et mourut le 23 mars 1854

Laugier lui succéda.

Après avoir été nommé le 23 mars 1848 à la chaire de clinique de la Pitié, Laugier vint à l'Hôtel-Dieu à la mort de Roux, c'est-à-dire en 1854.

Avec Laugier commença la série de mes prédécesseurs que j'ai eu l'honneur de connaître personnellement, et dont je puis vous parler d'après mes souvenirs personnels.

Elève de Dupuytren, qu'il suivit assidument pendant quatre ans, Laugier fut cependant plutôt un savant qu'un praticien. C'était aussi un modeste et un timide. Il accomplissait sans bruit son service d'hôpital, et faisait avec

autant de régularité que de monotonie ses leçons à l'amphithéâtre, sans se soucier d'y attirer les élèves. Aussi, peu à peu, ses élèves s'éloignèrent-ils de lui, et je vois encore le vaste désert que représentait l'amphithéâtre de la clinique au moment des leçons.

Laugier a laissé quelques bons travaux de physiologie pathologique, et imaginé un certain nombre de procédés opératoires sans grande importance. Il a, de plus, fourni quelques bons articles dans le Dictionnaire en trente volumes, et dans la nouveau Dictionnaire de Jaccoud. On lui doit aussi une traduction du Traité des maladies des yeux, de Mackenzie.

Laugier est mort, honoré et estimé de tous, le 15 février 1872.

Lors de la mort de Roux en 1854, Jobert (de Lamballe), qui était déjà chirurgien de l'Hôtel-Dieu, fut nommé d'emblée, sans concours, professeur de clinique chirurgicale. Par faveur spéciale, il obtint de rester à l'Hôtel-Dieu, quoique Laugier y occupât déjà la chaire de Dupuytren, en sorte que cet hôpital posséda, pendant une période de douze ans, deux professeurs de clinique chirurgicale, l'un chargé du semestre d'été, l'autre du semestre d'hiver.

Jobert est une des personnalités les plus originales et les plus curieuses que l'on puisse imaginer.

Né dans une petite ville de Bretagne de parents obscurs, cet homme, qui devait parvenir aux plus haux sommets et mourir plusieurs fois millionnaire, vécut dans la plus noire misère jusqu'à l'âge de 28 ans.

En vingt-six ans, il parvint à toutes les distinctions qu'un homme de notre profession puisse souhaiter. Et cependant son existence fut des plus tourmentées, des moins enviables.

Il paraît qu'à ses débuts, Jobert était affectueux, cordial, de rapports faciles et agréables; mais nous ne l'avons connu que fantasque, inégal, ombrageux, excentrique même, et surtout grossier et même brutal dans ses actes et dans ses paroles, avec ses collègues aussi bien qu'avec les élèves. Il était exceptionnel que ses internes accomplissent leur année de service complète ; rebutés par son manque de savoir-vivre, ils quittaient la place.

Comme professeur, Jobert était au-dessous de ce que l'on peut imaginer; par suite de son défaut d'éducation première, par suite de la difficulté qu'il éprouvait à s'exprimer, ses leçons étaient piteuses, lorsqu'elles ne prêtaient pas à rire ; et je me souviens encore que, lors de sa première leçon, il fut obligé de s'arrêter court, en s'accusant de ce qu'il manquait d'habitude de parler en public. On se demanda alors pourquoi on l'avait nommé professeur de clinique. La seule raison qu'on en puisse donner, c'est que c'était alors le temps du bon plaisir impérial.

Et, cependant, si Jobert, soit comme homme public, soit comme professeur, n'a laissé que de tristes souvenirs, je m'empresse de dire que, comme savant et comme chirurgien, il fut l'un des plus grands et des plus remarquables de son époque.

Sans parler de sa surprenante habileté manuelle qui en faisait un opérateur de premier ordre, il a doté la chirurgie de travaux, de découvertes admirables, dont quelques-unes ont été de véritables traits de génie.

Je vous rappellerai son mémoire *sur les plaies et sur les sutures du canal*

intestinal où, pour la première fois, il fit connaître cette belle conception du principe de l'*adossement des séreuses.*

Ses travaux sur la réunion en chirurgie.

Son traité remarquable de chirurgie plastique.

C'est à lui que l'on doit de grands perfectionnements dans la thérapeutique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Enfin, c'est encore à lui que l'on est redevable d'une des belles conquêtes de la chirurgie contemporaine, la cure des fistules vésico-vaginales. Quoique ses procédés opératoires aient été abandonnés pour d'autres plus simples et plus sûrs, ce serait une injustice de lui refuser la conception de l'idée et les premiers succès dans le traitement de cette affreuse affection regardée jusqu'à lui comme incurable.

Les violences, les excentricités de Jobert qui allaient en s'exagérant dans les derniers temps de son séjour à l'Hôtel-Dieu furent bientôt expliquées lorsque se déclarèrent les premiers symptômes de l'aliénation mentale. On dut l'interner dans la maison de santé du docteur Blanche, dans le cours de l'année 1866, et il y succomba lentement au progrès de la paralysie générale, le 25 avril 1867, à l'âge de 62 ans.

A sa mort, la deuxième chaire de clinique chirurgicale qui avait été créée si malheureusement pour lui fut supprimée.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

Les syphilis atténuées. — Technique des injections de calomel. — L'oxyde rouge de mercure — Le Moyrapuama. — Emploi de l'extrait aqueux de muguet.

Dans une des dernières séances de la Société de thérapeutique, M. C. Paul a attiré l'attention sur certaines syphilis dont l'évolution est très bénigne, et auxquelles on peut donner le nom de syphilis atténuées. Cette immunité relative n'a pas pour cause la constitution du malade, car l'herpétisme expose aux manifestations irritatives et de plus rend la médication spécifique impossible à tolérer ; on sait d'autre part que le lymphatisme et la scrofule modifient la syphilis dans un sens grave, les lésions ulcéreuses et osseuses devenant alors plus fréquentes.

M. C. Paul trouve les causes de l'immunité dans l'état du père. Un malade atteint de syphilis ordinaire à l'âge de 20 ans se traite bien, se marie à 31 ans et a deux enfants très bien portants ; 36 ans après le chancre, ce malade présente des accidents tertiaires du côté du testicule, du foie, du cerveau et ce n'est qu'avec peine qu'un traitement énergique parvient à le débarrasser. L'un des deux fils contracte à 22 ans un chancre infectant qui n'est suivi que d'accidents très bénins et dix ans plus tard, il se marie et a des enfants parfaitement sains.

M. C. Paul rapporte un autre cas analogue et attribue la bénignité de la syphilis des enfants à ce que la maladie n'était pas épuisée chez le père au moment de la procréation.

En répondant à M. C. Paul, M. Blondel a fait ressortir qu'il est probable que la syphilis du sujet infecté est d'autant moins grave que celle du sujet infectant est plus

ancienne et plus soigneusement traitée. Cette idée a été émise par Gény (d'Alger). Quant le sujet infectant est d'une autre race que l'infecté, la maladie de ce dernier est grave,

— M. H. Blondel, qui est partisan des injections de calomel dans le traitement de la syphilis à toutes les périodes, a cherché à éviter les abcès qui se produisent si souvent dans le cours du traitement. Il a remarqué que cet accident était d'autant plus fréquent que l'injection était faite dans une région plus riche en tissu cellulaire ; or, si l'on se sert d'une seringue de Pravaz, il est presque impossible que, dans la régien fessière, une partie du liquide ne passe pas dans le tissu cellulaire sous-cutané. M. Blondel a fait construire une aiguille en platine iridé de 7 centimètres de long, pousse l'injection avec une une extrême lenteur et, en retirant l'aiguille, pince avec les doigts, autour de celle-ci, la région piquée. Si l'on néglige cette précaution, l'aiguille attire la peau en sortant et il se produit une sorte d'aspiration qui ramène une partie du liquide dans le trajet qu'elle a fait et, par conséquent, dans le tissu cellulaire. Depuis qu'il suit cette technique, M. Blondel a pu faire 350 injections sans voir survenir d'abcès. On peut éviter la production des douleurs consécutives en employant comme véhicule la vaseline purifiée, chimiquement pure et ne dégageant pas d'odeur âcre quand on la chauffe. Si on ajoute 2 centigrammes de cocaïne par seringue, le malade ne souffre pas au moment de l'injection.

M. Blondel conseille d'employer dans chaque injection 10 centigrammes de calomel pour 4 grammes de glycérine. Il en fait une par semaine pendant le premier mois de traitement, une par quinzaine pendant le second et le troisième mois, une par mois pendant les deux années suivantes avec repos tous les six mois.

On doit choisir comme lieu d'élection pour les injections le point indiqué par Gailliot, Le malade étant couché sur le ventre, on tire une ligne partant du grand trochanter et tombant perpendiculairement sur le sillon interfessier et on pique à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes; on fait les injections suivantes sur la même parallèle au sillon fessier, en remontant progressivement vers les reins.

— Pour M. Patein, il existe encore dans l'oxyde rouge du commerce, du mercure métallique et de l'oxyde mercureux, par suite d'une mauvaise préparation. Aussi M. Petain propose-t-il de lui substituer l'oxyde jaune. Cet oxyde est dans un état de ténuité constante et parfaite et est plus actif que l'autre. Cette activité tient à un état moléculaire particulier. On devrait complètement abandonner l'oxyde rouge.

— Qu'est-ce que le Moyrapuama dont a parlé M. Rebourgeon? Cette drogue au nom bizarre est la racine d'un arbuste de la famille des acantacées qui pousse dans les forêts de l'Amazone. La partie active de l'extrait est un glucoside. Une injection de 1 gramme de cet extrait a permis de faire durer longtemps après la mort, chez la grenouille, les mouvements cardiaques et respiratoires.

M. Adrian a communiqué une note de MM. Maquoine et Faive relative au diiodoforme. Ce corps, qui est un succédané de l'iodoforme, a, sur ce dernier, l'avantage de ne dégager aucune odeur. C'est un iodure de carbone sans trace d'hydrogène et très riche en iode ; insoluble dans l'eau, il se dissout facilement dans le chloroforme, le sulfure de carbone, la benzine et surtout le toluène chaud. Ce n'est que lorsqu'il est maintenu à l'obscurité que le diiodoforme reste inodore; s'il est éclairé, il brunit et dégage une odeur caractéristique. On prépare le diiodoforme en traitant par l'iode en excès l'acétylène periodé.

M. Hollopeau a employé le diiodoforme dans le traitement local du chancre simple et lui a reconnu les mêmes propriétés qu'à l'iodoforme.

— M. Constantin Paul vente l'extrait aqueux de muguet qu'il prescrit de la façon suivante :

Thym. . . . . 1 gramme

Faites infuser pendant cinq minutes dans :

Eau. . . . . 200 grammes

Ajoutez :

Extrait aqueux de muguet. . . . . 10 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères. . . 90 —

Poudre 50 grammes par jour pendant six jours consécutifs.

M. Paul rejette la convolutine, la convallamarine, l'extrait alcoolique qui sont des préparations incertaines.

Les effets toniques du muguet sur le myocarde se produisent progressivement et atteinent leur maximum de dix à douze jours après le commencement du traitement.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 novembe 1893. — Pésidence de M. Laboulbène.

Courte séance. Le jour de la distribution des prix approche — séance solennelle le 12 décembre — et les académiciens causent de cet événement avec une vivacité juvénile.

Seul, le porte-voix du Dr Péan parvient à dominer le bruit des conversations particulières contre lesquelles les toc-toc désespérés du crayon présidentiel restent impuissants.

Aussi bien le directeur de l'hôpital International présente-t-il un cas fort intéressant.

Abcès sous-méningé ouvert par la trépanation

Une petite fille de 4 ans 1/2, bien portante, reçoit,le 14 juillet de cette année, une balle de revolver de petit calibre, qui traverse le globe de l'œil droit et pénètre dans les parties profondes. Elle est portée à l'hôpital des enfants et y reste jusqu'au 4 août présentant pendant ce temps, de la fièvre, de l'agitation, de la céphalalgie. L'enfant rentre chez ses parents et continue à se plaindre de mal de tête; de plus, la vue de l œil gauche s'affaiblit. M. Gillet de Grandmont diagnostique une névrite sympathique de cause infectieuse et parvient à arrêter l'évolution des accidents par des injections sous-conjonctivales de sublimé.

Le 21 septembre, l'enfant est reprise de maux de tête; elle se plaint d'une douleur orbitaire droite, de douleurs vagues dans les membres, de plus, le bras gauche se paralyse. Le 24 septembre M. G. Ballet constate un peu de parésie. M. Ballet conclut à l'existence d'un foyer purulent péri ou intra-cérébral intéressant la partie moyenne des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes.

Le 24 septembre, apparition d'accès d'épilepsie jacksonnienne ; la tête tourne à gauche et le membre supérieur du même côté est agité de convulsions violentes

La trépanation est pratiquée le 26 septembre à l'hôpital International. Voici comment procède M. Ballet pour déterminer la localisation des couronnes de trépan. Une ligne horizontale de 5 centimètres est tracée en arrière de l'apophyse orbitaire externe. Sur l'extrémité de cette ligne, on élève une perpendiculaire de 3 centimètres dont le sommet correspond à l'extrémité inférieure du sillon de Rolando. Puis, par un cordon

passant perpendiculairement au-dessus de la suture sagittale, on relie l'un à l'autre les deux conduits auditifs. Un point correspondant à l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando est marquée à 48 millimètres en arrière du cordon. Un trait relie les deux extrémités de la scissure et on trace à sa partie moyenne un cercle de la largeur d'une pièce de 2 francs correspondant au centre moteur du membre supérieur.

Après résection de l'os et incision de la dure-mère, on voit la pie-mère rouge lie de vin et couvertes d'arborisations; il s'écoule du liquide céphalo-rachidien d'aspect laiteux. La surface externe du cerveau est lavée avec une grande quantité d'eau tiède stérilisée. Il s'écoule à peu près 200 grammes de pus, après le lavage on constate que les circonvolutions cérébrales sont déprimées.

La plaie put se réunir par première intention et l'opérée quitta l'hôpital le 10 octobre; le 25, toute trace de paralysie avait disparu, l'état général était excellent et l'enfant pouvait compter les doigts à cinq mètres de distance.

Méthode hydro-électrique

Que préconisent MM. Larat et G. Gauthier ? C'est un mode de traitement électriqu dans lequel on emploie le bain hydro-électrique à courant alternatif sinusoïdal.

Le grand nombre de malades que les auteurs ont traité par ce procédé leur permet de formuler les conclusions suivantes :

1° Le courant alternatif sinusoïdal généralisé à toute la surface du corps par l'intermédiaire de l'eau est un puissant excitant de la nutrition ;

2° Il améliore ou guérit les affections qui dérivent d'un ralentissement de la nutrition, telles que l'eczéma, le rhumatisme subaigu ou chronique, la sciatique, la goutte et les différentes formes de l'arthritisme, l'obésité, la chloro-anémie, le lymphatisme et le rachitisme des enfants.

Il agit également favorablement dans les cas d'atrophie musculaire, même généralisée, et de paralysie infantile.

Entre temps, M. Laborde est venu communiquer les deux observations de M. Moizard relatives à l'emploi des tractions rythmées de la langue dans l'asphyxie consécutive à la trachéotomie que nous avons publiées dans notre dernier numéro, et M. Closier (de Beauvais) a lu un mémoire.

Asymètrie acquise entre les deux moitiés latérales du corps humain

L'auteur a constaté qu'à l'état normal il existe chez tout le monde des différences sensibles entre les deux côtés du corps, différences qui sont probablement de cause fonctionnelle. Ce sont :

L'abaissement et la projection en avant de l'épaule droite ; la déformation concordante de la cage thoracique formant une saillie postérieure droite et une rétraction antérieure gauche ; la déviation du bassin du côté droit ; l'allongement du membre inférieur droit dévié en dedans avec renversement léger du pied.

Et l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Weber sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire. M. Baillet serait placé en première ligne.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances de novembre 1893

Le gaïacol synthétique

MM. Gilbert et L. Maurat. — Le gaïacol est un des produits tirés de la créosote qui ont été le plus expérimentés. Le gaïacol liquide fourni par le commerce, obtenu et

partant de la créosote, est loin d'être un produit toujours chimiquement pur. C'est un mélange en proportion variable de cresylole, de gaïacol et de créosote où domine l'un ou l'autre des composants ; il peut contenir 50 p. 100 de gaïocol; mais, d'autres fois, il n'en renferme que 20 ou même 10 p. 100.

Le gaïacol pur revêt la forme de cristaux rhumboïdriques, blancs, durs, à peu près insolubles dans l'eau, solubles dans l'alcool, l'huile, la glycérine anhydre. La saveur du gaïacol est légèrement sucrée, puis ensuite piquante et brûlante.

Le gaïacol pur a été obtenu par MM. Behel et Chouy qui l'ont préparé synthétiquement. C'est de lui dont MM. Gilbert et Maurat se sont servis dans leurs expériences.

La dose de gaïacol dissous dans la glycérine ou l'huile d'olive nécessaire pour tuer 1 kilogr. de cobaye, est comprise entre 0 gr. 35 et 0 gr. 90. Pour obtenir le même résultat quand on se sert de la voie digestive, il faut dépasser 1 gr. 50.

Avec un gaïacol liquide d'origine allemande, renfermant 46 p. 100 de gaïacol, 3,6 p. 100 de crésylole et 50,5 p. 100 de crésol et homocrésol des doses de 1 gr. 05 à 1 gr. 10 sont nécessaires pour tuer 1 kilogr. de cobaye. Ce produit est donc moins toxique que le gaïacol pur, mais il renferme deux fois moins de principe actif.

Les principaux effets de l'intoxication par le gaïacol sont de l'agitation puis de l'affaiblissement, un ralentissement des battements du cœur et de la respiration. Les principales sécrétions augmentent de quantité, surtout la sécrétion lacrymale. Au moment de la mort qui survient dans le coma, le thermomètre peut s'abaisser jusqu'à 20°. Les effets biologiques du gaïacol liquide se rapprochent de ceux du gaïacol solide ; l'hypothermie, l'augmentation des sécrétions sont cependant moins marquées.

MM. Gilbert et Maurat ont traité par le gaïocol synthétique, depuis plusieurs mois, un certain nombre de phtisiques parvenus à des phases diverses de leur maladie. Ils l'ont administré à des doses quotidiennes de 0 gr. 40 à 1 gr. 20, sous la forme de perles renfermant 0,20 de principe actif en solution huileuse.

D'une façon générale, l'estomac supporte bien ce médicament pris immédiatement avant les repas. Quelquefois les hautes doses sont capables de provoquer des vomissements que l'on évitera aisément en essayant la susceptibilité des malades et en leur administrant des doses progressives de gaïacol synthétique.

La préparation et les propriétés antiseptiques des extraits organiques

MM. Sabrazès et Bazin ont constaté, dans des expériences conduites avec succès, que l'acide carbonique comprimé ne possédait aucun pouvoir microbicide relativement à la bactéridie charbonneuse ou au streptocoque. D'après eux, la stérilisation des liquides organiques à l'autoclave sans bougie filtrante serait donc forcément incomplète.

Avec M. Rivière, M. Sabrazès a cherché comment se comportaient, dans le liquide testiculaire, le staphylocoque doré, le coli bacille, le bacille d'Eberth et la bactéridie charbonneuse non sporulée. Une once de gélatine des cultures de ces microbes a été transportée dans des tubes de suc testiculaire glycériné, préparé d'après la méthode de M. D'Arsonval et maintenu à la température de 37° c. La bactéridie charbonneuse ne se cultive plus après un jour, le staphylocoque doré, au bout de 3 jours, le coli bacille et le bacille typhique vivent encore au 5° jour. Les moisisseurs s'accommodent d'ailleurs admirablement de ces liquides testiculaires. Les mucors y poussent très abondamment. Cette résistance spéciale de certains organismes inférieurs, tient à l'acidité du liquide testiculaire, acidité qui existe aussi bien dans les liquides ramenés à l'acide carbonique sous pression que dans ceux qui n'ont pas paru pendant ce temps de la préparation.

En répondant à MM. Sabrazès et Bazin, M. D'Arsonval montre que ces auteurs n'ont pas suivi exactement la technique qu'il a indiquée pour la préparation des extraits tes-

ticulaires. Il faut, lorsque l'on supprime la bougie filtrante, employer de la glycérine à 20 degrés.

Action du sang artériel sur la température

M. Roger a constaté que l'injection, dans les veine d'un lapin, de 8 à 10 centigrammes de sang artériel provenant d'un chien ou d'un autre lapin provoque un abaissement de empérature de 6 dixièmes de degrés. Si l'on se sert de sang défibriné ou de sérum, la empérature s'abaisse d'abord légèrement; mais, finalement, il se produit une élévation pouvant aller jusqu'à 6 degrés. Ces variations de température tiennent à l'existence : 1° d'une substance thermogène qui ne préexiste pas dans le sang, mais s'y produit facilement, et, 2° d'une substance hypotherminente qui s'élimine facilement par les urines. De ces dernières, on peut facilement séparer par l'alcool des substancs hypotherminentes et thermogènes, car les matières solubles dans ce milieu jouissent seules de cette dernière propriété.

Des propriétés antidiurétiques de certaines urines

M. H. Frenkel. — MM. Bouchard et Charvin ont montré que les urines de l'homme sont diurétiques, ce qui tient surtout à la présence de l'urée. Il existe aussi des urines antidiurétiques, ce sont des urines hypotoxiques renfermant cependant des quantités normales d'urée. Les animaux auxquels on les injecte se gonflent comme des ballons, mais n'urinent pas ; on peut introduire dans le corps d'un lapin en expérience 625 centigrammes d'urine sans que l'animal rende une seule goutte de liquide.

Dégénérescence rétrograde du faisceau pyramydal

M. Sottas. — Dans quatre cas de lésion transverse de la moelle épinière d'origine syphilitique observée dans le service de M. Déjerine, M. Sottas a rencontré, à côté de la dégénérescence secondaire classique, une dégénérescence ascendante du faisceau pyramydal.

Partie de la région dorsale, la sclérose se propage dans la région cervicale en s'atténuant peu à peu, en sorte qu'elle disparaît à la partie supérieure de la moelle. A ce niveau, il ne reste que la sclérose secondaire du cordon de Goll et de la zone marginale du cordon latéral. Cette dégénérescence ascendante ne semble pas devoir être rattachée ici à la destruction des cellules funiculaires (cellules du cordon) de la substace grise, car si ces cellules fournissent des fibres ascendantes au cordon latéral, ces fibres sont répandues dans toute l'étendue du cordon latéral, tandis que la sclérose était limitée au faisceau pyramydal. Il s'agit vraisemblablement d'une vérable *dégénérescence rétrograde* dont l'anatomie expérimentale a fourni des exemples. Gudden, Forel, von Monakow ont montré que, lorsqu'un système de fibres est séparé de ses centres trophiques, à côté de la dégénérescence wallérienne centrifuge, il se produit une dégénérescence centripète, bien que plus tardivement. Or les malades de M. Sottas ont survécu de dix à vingt ans à leur affection.

COURRIER

—

— Un Congrès de médecine se tiendra à Lyon, sous la présidence de M. le professeur Bouchard, du 4 au 15 août 1894.

La *Société médicale des hôpitaux* a décerné à M. Lesage le prix de l'hygiène de l'enfance (800 fr.), fondé par Blachez, et une mention honorable (400 fr.) à M. Itard.

— Par décision ministérielle, en date du 7 novembre 1893, ont été décernées les médailles d'honneur suivantes :

Médaille d'or : M. le médecin aide-major de première classe, Georget, pour son dévouement pendant l'épidémie cholérique (1893).

Médaille d'argent : M. le médecin aide-major de première classe Dieu, détaché à Négrisse, où sévissait le choléra (1893).

Laïcisation de l'hopital de Toulon. — La commission des hospices de Toulon, composée en majorité de membres du Conseil municipal, a voté la laïcisation de cet établissement hospitalier.

— Par décret, en date du 23 novembre 1893, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. les médecins aide-majors de première classe Brémond, Daniel, Jamin, Bide, Teulat, Broquet, Maunoury et Jousset.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Goix, Coumailleau, Bernard, Tostain, Dumont, Pillot, Boujut, Merlin, Lemas, Barnier, Dumas, Brou de Laurière, Mazet, Bonhomme de Montaigut, Dufour, Brand, Roche, Leroy, Lataste, Gauchas-Galliard, Desnos, Joyeux-Laffnie, Des-Desfosses, Harmantier, Thomas-Duris, Lavergne, Tuffier, Artaud, Ribail, Morin et Tissier.

— La Faculté se réunit aujourd'hui en assemblée générale, pour entendre le rapport de M. le professeur Potain sur les réformes à apporter au baccalauréat, au point de vue des études médicales et celui de M. le professeur Debove, sur les modifications concernant les concours d'agrégation en médecine et en chirurgie.

Traitement des alcooliques a Paris dans un asile. — Le Conseil général de la Seine a renvoyé à une Commission une proposition de M. le docteur Dubois, tendant à la création d'un asile pour le traitement des alcooliques qui encombrent les asiles d'aliénés. Cette mesure, s'appliquerait, en particulier, aux malades dont la guérison est possible.

Répartition des stagiaires dans les hopitaux. — A partir du 1er janvier prochain, les élèves stagiaires seront répartis par groupes de vingt-cinq dans les services hospitaliers, spécialement désignés à cet effet. Les médecins et chirurgiens chargés de cet enseignement clinique auxiliaire recevront une indemnité sur les crédits affectés à la Faculté. Le stage sera obligatoire dès la deuxième année d'études.

Les femmes-medecins en Turquie. — Jusqu'à présent, en Turquie, les femmes ne pouvaient pas exercer la médecine. Un arrêté récent du Sultan vient de leur conférer ce droit.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

La Société de chirurgie a eu hier, à l'égard de l'un de ses plus illustres membres, une touchante et délicate attention. En la personne de son sympathique président, elle a demandé à M. Verneuil la permission de lui faire un compliment de circonstance. C'est, aujourd'hui, en effet, a dit M. Périer à son cher et éminent collègue, le 70e anniversaire de votre naissance, et comme un anniversaire se fête toujours en famille, notre compagnie m'a chargé pour vous de ses meilleurs souhaits. Et, dans des termes dont seul il a le secret, le chirurgien de Lariboisière retrace tout ce que le professeur Verneuil a fait pour le bon renom de la Société de chirurgie depuis l'année 1852, époque à laquelle il en devint membre, et nous montre l'homme dont la passion dominante a toujours été l'amour de la science et du prochain. Il termine au milieu d'applaudissements répétés sa petite allocution par ces mots d'une finesse charmante « mais, cher maître, chez vous la valeur ne s'éteint pas avec le nombre des années», et M. VERNEUIL s'empresse de nous le prouver en montant à la tribune faire une communication sur une opération pratiquée par lui le 8 octobre dernier. Il ne s'agissait de rien moins que de l'*extirpation d'un sarcome de l'amygdale avec propagation* aux *piliers du voile du palais, à la langue et à une partie du pharynx*, le malade est aujourd'hui complètement guéri. Mais suivons M. Verneuil dans les différents points de sa si intéressante communication.

Il s'agissait d'un jeune homme âgé seulement de 18 ans portant dans la région amygdalienne une tumeur grosse comme une petite orange, com-

FEUILLETON

Le Congrès des rebouteurs

Gardez-vous de croire que ce soit jalousie de métier. Ce n'est pas nous, chers confrères, qui en avons été les parrains et le prénom dont le nouveau-né pour le reste de ses jours est affligé, lui a été imposé très spontanément par l'esprit et le bon sens publics. Et comme il est trouvé ce prénom-là ; comme il dit bien, en trois mots, l'importance de la réunion et sa bizarrerie, l'estime où on la tient et le cas qu'on en fait, le rôle qu'elle est appelée à jouer et l'influence qu'il lui est réservé d'exercer sur les destinée du monde.

Le congrès des rebouteurs ! Certes, personne ne l'attendait celui-là ; le besoin, d'ailleurs, ne s'en faisait pas sérieusement sentir ; pourtant, on ne peut s'empêcher de penser qu'il eût été regrettable d'en être privé. Il manquait à la collection. Dans cette fièvre qu'ont les hommes de notre temps de se réunir, de s'assembler par catégories homogènes

blant la fosse de l'amygdale, recouvrant la base de la langue et une partie de l'épiglotte et ayant contracté des adhérences dans ces différents points. Les troubles fonctionnels n'étaient pas considérables, malgré la fixité du voile du palais, cependant la gêne dans la déglutition commençait, et la nuit il y avait du ronflement. Cette tumeur pouvait être facilement limitée en haut, et en dedans, notamment; sa consistance était ferme, la muqueuse buccale était saine partout; mais une tuméfaction de la région sous-hyoïdienne démontrait nettement l'envahissement ganglionnaire. Tous ces caractères et la marche rapide de l'affection firent abandonner le diagnostic d'adénome, d'adénofibrome pour porter celui de sarcome de l'amygdale.

L'opération s'imposait. Les trois questions importantes de la *chloroformisation*, de la *voie préliminaire* à créer et de l'*hémostase ante*, *intra* et *post opératoire* sont alors étudiées par M. Verneuil.

L'*anesthésie*, dans ces cas, soulève bien des difficultés. En opérant dans l'arrière-bouche, le sang vient faire irruption dans la trachée et peut déterminer des accidents mortels. L'emploi du chloroforme est cependant nécessaire à cause de l'importance des dégâts momentanés qu'on est obligé de faire; mais il ne peut être donné que, si par le procédé mis en usage, on se fait assez de jour pour permettre, avec la position penchée de la tête, son écoulement au dehors et si de plus le plan opératoire a prévu l'hémostase ante opératoire. M. Verneuil n'hésita pas à le donner et sans se servir de trachéotomie, ni de la canule de Trendelenburg, ni du tamponnement du pharynx; ce qui le lui permettait, c'était d'abord le choix de l'

Opération préliminaire. Bien des procédés permettaient d'arriver sur le néoplasme et l'orateur les discute successivement. C'était d'abord la voie qu'il appelle *génale supérieure*, l'incision allant de la commissure au bord antérieur du masseter; mais il y renonça pour bien des raisons. Le peu de jour et d'espace ainsi obtenus, la présence du canal de Sténon et du nerf facial suffisaient pour l'en détourner. Le procédé Roux-Sédillot, en écartant les maxillaires, pouvait aussi donner accès sur le néoplasme, mais avec plus de difficulté, en étant obligé de scier le maxillaire, et en

---

pour pérorer en commun sur toutes sortes de sujets, tant et tant de congrès s'organisent, s'ouvrent, se tiennent et se closent, ils sont si semblables dans la forme, bien que si différents dans le but et si variés dans la composition, que beaucoup d'entre eux passent inaperçus de la foule. On ne les compte plus ; on s'en désintéresse à peu près ; rien n'étonne de ce qui les concerne. Un seul caractère commun les rapproche : c'est l'uniformité ennuyeuse des comptes rendus que les journaux se croient obligés d'en donner. De là l'indifférence polie où le grand public les tient tous au même titre. Un seul y a échappé ; c'est celui qui s'est tenu ces jours derniers dans une vieille maison de la rue Saint-Merri, à deux pas de la préfecture de police. Il est venu apporter la note gaie, le mot drôle, l'épisode amusant de cette foire aux idées qui se tient presque en permanence à la fin de ce siècle, comme si nous voulions ne plus rien laisser à glaner pour celui qui vient, dans le champ de la fantaisie et de l'étrangeté. Et, de fait, l'avenir aura de la peine à formuler plus joyeuse revendication que celle du libre exercice de la médecine.

A première vue, cela ne paraît pas trop extraordinaire que chacun puisse, à sa guise, médicamenter ses semblables. On est presque tenté de dire qu'au point où nous en sommes, une liberté de plus ou de moins n'a pas grande importance ; et ce serait vrai

permettant une hémostase moins facile. La *voie inférieure latérale* aurait aussi permis d'attaquer l'adénopathie et la base de la langue ; mais eût été insuffisante pour l'ablation complète des parties placées dans la fossette amygdalienne. Aussi M. Verneuil adopta-t-il la *voie géno-sous-maxillaire* créée et employée par lui depuis longtemps et décrite par son élève Maunoury en 1879. Chacun connaît cette méthode aujourd'hui classique avec une incision courbe allant de la commissure à l'angle de la machoire en passant dans la région sous hyoïdienne qui permet d'abord d'enlever la glande sous maxillaire et tous les ganglions, de lier la faciale, la linguale et même la carotide externe, ce qu'a fait M. Verneuil dans sa dernière opération, et, en relevant le lambeau sur la région malaire, d'avoir un jour considérable et d'opérer largement. Le sang s'écoule ainsi facilement au dehors et la ligature préventive permet l'économie du liquide sanguin.

Ce plan fut suivi de point en point. L'anesthésie fut facile et complète et M. Verneuil arriva sur la tumeur qu'il put facilement décoller en avant, en haut et en arrière, en la pédiculisant par en bas ; mais ici une portion importante des tissus plongeait au-dessous de la base de la langue et empêchait l'ablation totale par la voie intrabuccale. L'opérateur fit alors trois tranches du néoplasme qu'il enleva par la bouche et luxant la tumeur au dessous du maxillaire la fit saillir dans la région sus-hyoïdienne et en extirpa ainsi la seconde partie sans difficulté. L'hémostase avait été parfaite et seule la tranche linguale donnait un peu de sang. Trois points de suture réunirent la plaie et arrêtèrent cette petite hémorrhagie. Restait la question de l'alimentation. M. Verneuil voulut passer une sonde rouge, par le nez, jusque dans l'œsophage, comme il avait l'habitude de le faire, mais il ne put y parvenir. Il para aux inconvénients provenant d'une infection possible par les parcelles alimentaires en laissant une communication entre la bouche et l'extérieur, partant de ce principe que les microbes de l'intérieur de la cavité buccale sont les plus dangereux et qu'il faut leur laisser une large voie pour qu'ils puissent s'écouler au dehors.

Les suites opératoires furent simples, grâce au lavage de la bouche par

---

de celle-ci comme des autres, s'il n'y avait pas entre elles une différence dont il est difficile de ne pas tenir compte. Celle que les rebouteurs réclament énergiquement a, en effet, ce caractère très particulier que son exercice exige le concours d'un certain nombre de personnes formant deux groupes tout à fait opposés et invraisemblablement inégaux. L'un se compose de ceux qui exerceront à leur profit la nouvelle liberté ; l'autre, de ceux sur qui ou contre qui elle sera exercée. Si compact et important que doive être le premier, le second sera toujours infiniment plus nombreux ; et l'on sait, pour respectables que soient les intérêts des minorités, qu'on en est encore à trouver la majorité qui consentira à leur faire le sacrifice des siens. C'est ce qui me fait craindre que, de longtemps encore, les libres guérisseurs ne voient pas poindre l'aurore du triomphe pour leurs idées.

On ne saurait prétendre, toutefois, qu'ils crient dans le désert ; ce serait une calomnie. Ils ont pris soin, au contraire, de choisir pour y affirmer leurs théories un local modeste, dissimulé, plutôt exigu, tel qu'on se figure les repaires classiques de conjurés. Vous voyez d'ici, en ce très vieux quartier, la rue étroite et sombre. En été, le soleil y glisse à peine ses plus pâles rayons du matin et lui fait, presque à regret, l'aumône d'un lambeau de la pourpre de son coucher. Mais en cette grise et froide saison jamais il n'y

une solution de chloral. En peu de temps l'énorme brèche se comblait et le malade est aujourd'hui guéri sans difformité et sans aucune gêne fonctionnelle. L'examen histologique montra un sarcome à petites cellules avec adénopathie seulement inflammatoire.

M. Verneuil termine sa communication en insistant sur le *traitement post opératoire* des néoplasmes, traitement qu'on ne met pas assez en pratique et grâce auquel il a des opérés sans récidive et cela depuis six, sept et même onze ans. Il est cependant bien facile à suivre. Il consiste à prendre tous les jours de la liqueur de Fowler avec des alcalins, une petite cuillerée de magnésie, par exemple ; mais encore ne faut-il jamais l'interrompre.

C'est au milieu des applaudissements que M. Verneuil descend de la tribune et remercie ses collègues et chers amis.

Un de ses élèves, M. MAUNOURY (de Chartres), dont il a parlé tout à l'heure, vient en quelque sorte compléter la communication de son maître en apportant à la Société une série de sept opérations par le même procédé ; mais, dans cinq cas, il a été obligé, à cause de l'étendue des lésions, de toucher au maxillaire.

Deux malades fort intéressants sont ensuite présentés : le premier, par M. DIEU, est un malade atteint d'*anévrisme artério-veineux du sinus caverneux* guéri spontanément. L'amélioration considérable et rapide a débuté après un violent éternuement qui a probablement détaché un caillot. Le second porte *deux anévrysmes*, dont l'un iliaque est considérable, et M. QUENU demande l'avis de ses collègues qui se prononcent pour l'intervention, soit par la ligature, soit par l'extirpation. C'est cette dernière qui sera pratiquée, si elle est jugée possible au moment de l'opération. La question de la section des tuniques par le fil soulève aussi un petit débat ; mais l'avis de la majorité est qu'il faut passer outre.

Eugène ROCHARD

---

pénètre, comme s'il redoutait pour lui-même la triste humidité du lieu. La salle choisie par les congressistes, basse, obscure, glaciale, est en parfaite harmonie avec ce coin perdu. A travers les vitres que le brouillard ternit, un jour douteux filtre péniblement. Les minces lumières des bougies qu'il a fallu allumer n'arrivent qu'à accentuer l'opacité de l'ombre. De pauvres poêles donnent plus de fumée que de chaleur. Le tout a un air lugubre et paraît être d'un autre âge. Aussi bien ne sont-ils pas d'un autre siècle, les personnages qui se sont agités dans ce cadre suranné, avec leurs idées d'autrefois, leurs panacées d'alchimistes, leurs recettes qui sentent la vieille sorcellerie ? Partout ailleurs, cette réunion eût perdu de son cachet. Ici elle a gagné à la nature et à l'agencement du local une jolie saveur d'archaïsme ; elle y a été plus à l'aise, moins disparate, moins risible, tout en restant plus amusante. Je ne voudrais pas manquer de respect à des convictions que leur antiquité même rend d'autant plus vénérables, mais le mot tout moderne de « congrès » me choque, appliqué à l'assemblée de la rue Saint-Merri ; celui de « sabbat » lui conviendrait si bien ! Il lui conviendrait d'autant mieux que la magie n'en a pas été écartée ; Papus l'a représentée à ces séances, où sa place ne pouvait pas ne pas être marquée. Elle a plané sur les travaux des congressistes, dont plusieurs ont dû payer l'hommage d'un souvenir et d'un regret aux grandes traditions

HISTOIRE DE LA CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'HOTEL-DIEU

Leçon d'ouverture du 21 novembre 1893, par le professeur SIMON DUPLAY

(*Fin.*)

Je n'aurai plus que peu de choses à vous dire des trois derniers titulaires de la chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, MM. RICHET, VERNEUIL et LE FORT, car la plupart d'entre vous les ont connus tous les trois et vus à l'œuvre. A la mort de Laugier, en février 1872, Richet qui, nommé professeur de pathologie externe en 1865, avait pris la chaire de clinique en 1868 en remplacement de Jarjavay, passa à l'Hôtel-Dieu où il resta 17 ans, de 1872 à 1889, époque à laquelle il prit sa retraite.

Richet fut un excellent professeur de clinique et le succès qu'il obtint pendant toute la durée de son enseignement était parfaitement justifié.

Chirurgien instruit et prudent, opérateur habile, il a rendu de réels services aux élèves qu'il forma à une sage pratique.

Quoique non réfractaire aux progrès, il eût quelque peine à accepter les pratiques de l'antisepsie et ne les appliquait que d'une façon très imparfaite et quelque peu fantaisiste.

Ce n'est pas seulement par la parole qu'il a répandu l'instruction. On possède de lui des travaux importants et un certain nombre de publications qui ont eu leur temps de vogue. Je citerai en particulier son Traité d'anatomie chirurgicale qui, pendant une quinzaine d'années, a été entre les mains de tous les élèves.

Que vous dirai-je de M. Verneuil, qui succéda à Richet en 1889, lorsque celui-ci prit sa retraite. Vous connaissez tous cette vie toute d'honneur et de travail, entièrement dévouée à la science et à l'enseignement. Vous avez tous entendu ses leçons si pleines d'aperçus originaux et jamais banales.

Son dernier acte public, comme professeur, porte encore avec lui son enseignement.

En prenant possession de la chaire de l'Hôtel-Dieu, en 1889, il avait pris

---

du passé, aux temps glorieux où les onguents à la graisse de supplicié se vendaient au poids de l'or et faisaient des miracles.

N'allez pas croire, cependant, qu'il n'y ait eu là que ces inoffensifs rêveurs. On doit à la vérité de dire que la société était un peu mélangée. Les gens pratiques y dominaient on y voyait, suivant l'énumération irrévérencieuse d'un témoin oculaire, « des rebouteurs proprement dits, des empiriques, des charlatans, des médecins en rupture de diplôme, des docteurs qui n'ayant jamais eu d'inscriptions dans les Facultés se contentent d'en avoir dans les... vespasiennes. » Par un sentiment de modestie et de conciliation qui l'honore, le congrès a voulu être présidé par un médecin à diplôme. Il en a été largement récompensé, car ce président a parlé des médecins officiels avec toute la sévérité que les défroqués apportent à juger leur ancien milieu, toute l'aigreur qu'ils mettent à l'attaquer. La théorie qu'il a exposée n'est pas moins ingénieuse qu'habile. Elle était faite pour plaire infiniment à cet auditoire spécial et peut se résumer ainsi : guérir par vocation vaut mieux que guérir par métier; il est des hommes que la nature a doués d'un tact médical inné, que la science, l'étude et le travail sont impuissants à remplacer. Ceci n'est que la « majeure » d'un syllogisme dont les deux autres termes ont été sous-entendus avec une réserve irréprochable. Mais chacun les formulait *in petto* et il est

l'engagement moral de se retirer dès qu'il sentirait ses forces le trahir, disant « qu'il voulait descendre de sa chaire et non pas en tomber ». Or, fait rare et admirable, il a tenu sa promesse, au moins vis-à-vis de lui-même. Car, trois ans après, alors qu'il paraissait encore plein d'activité, il donnait sa démission et demandait sa retraite. Il a donné là un bel exemple à suivre.

Il me reste, enfin, à vous dire quelques mots de mon prédécesseur immédiat dans cette chaire, de notre regretté collègue Le Fort.

Nommé en 1873 professeur de médecine opératoire, Le Fort passa à la clinique de Necker en 1887, puis à celle de la Pitié, en 1890, et vint enfin à l'Hôtel-Dieu en 1892, lors de la retraite de M. Verneuil. Il semblait qu'il dût y parcourir une longue carrière, car il était encore jeune, plein de force et de santé, lorsque la mort vint le frapper presque subitement, il y a à peine un mois, le 26 octobre.

La carrière de Le Fort a été brillante et il en a rapidement parcouru toutes les étapes. Au moment où la mort l'a saisi, il était vice-président de l'Académie de médecine.

Esprit ouvert, curieux et chercheur, Le Fort a touché à une foule de questions et sur toutes il possédait des connaissances remarquablement étendues.

Indépendamment de ses travaux en chirurgie proprement dite, en particulier sur les résections articulaires. Le Fort s'est occupé avec passion des questions afférentes à l'hygiène et spécialement à l'hygiène des hôpitaux. Ses nombreux voyages, sa connaissance des langues étrangères, lui ont permis d'apporter dans l'étude de ces questions des éléments de comparaison de la plus haute importance.

Dans ses études sur les causes principales de la mortalité dans les hôpitaux et les maternités, Le Fort fut conduit à rejeter l'opinion généralement admise que les germes infectieux se transmettaient surtout par l'air, et édifia la théorie dite du *germe-contage*, admettant que la transmission s'opérait surtout par contact. Si cette théorie, dont l'avenir a démontré la

---

facile de les rétablir. D'abord la « mineure » : Or les médecins guérissent par métier et les rebouteurs par vocation; c'est un axiome, et, comme tel, il n'a aucun besoin de démonstration. Ensuite la conclusion qui s'impose est irréfutable : donc les médecins sont dépourvus du tact indispensable dont les rebouteurs ont été seuls, mais sans exception, libéralement dotés. — Allez, musique !

Après ce discours, on a lu les nombreuses adhésions, les multiples témoignages de sympathie qu'apportaient aux pionniers de l'idée des monceaux de lettres et des montagnes de journaux de province. « L'opinion publique est pour vous; — le pays suit avec émotion vos travaux ; — ce qui se dit à cette tribune (?) aura un retentissement considérable ; — les idées saines et les justes causes sont sûres du succès; — de tous les monopoles le plus odieux est celui que le corps médical détient au grand détriment de la santé et de la vie humaine, etc., etc... » Je vous laisse à penser quelles frénésies d'applaudissements soulevaient, à ces lectures, la poussière de la petite salle enfumée.

Telle fut la première séance du congrès. Vous me dispenserez de vous infliger, en vous racontant les suivantes, le supplice d'ennui dont ce genre de comptes rendus est inséparable. Vous avouerai-je aussi que je n'ai pas eu la curiosité de m'en enquérir, et que maintenant je le regrette. Si, par hasard, on y avait lu des observations de libre

justesse, avait été poussée par son auteur jusqu'à ses dernières conséquences et jusqu'à ses applications pratiques, Le Fort eût ravi à Lister la gloire que celui-ci devait acquérir et la méthode antiseptique eût été créée.

Avec ses qualités de premier ordre, Le Fort avait l'esprit quelque peu paradoxal et aimait à contredire.

Quoique précurseur de Lister, ainsi que je viens de le dire, il s'est toujours refusé à adopter les pratiques de l'antisepsie et à s'engager dans la voie nouvelle que celle-ci a ouverte à la chirurgie.

Malgré cela, c'était en somme une personnalité importante de la science chirurgicale ; et si j'ajoute que tout le monde s'accordait à reconnaître sa parfaite honorabilité, la droiture de son caractère, on comprendra que le coup imprévu qui l'a frappé ait causé un deuil profond et qu'il ait été unanimement regretté.

Après vous avoir entrenu des divers chirurgiens qui ont occupé la chaire de clinique de l'Hôtel-Dieu, il me reste à vous dire quelques mots du théâtre sur lequel ils ont exercé.

Peu d'entre vous, sans doute, ont connu l'ancien Hôtel-Dieu, ce vaste bâtiment situé sur l'autre côté de la place du Parvis, baigné par le petit bras de la Seine, qui communiquait, par un pont couvert jeté sur la Seine et par un souterrain passant sous le quai, avec le bâtiment existant encore, lequel communiquait à son tour avec un troisième bâtiment où l'on accédait par le moyen d'un pont suspendu qui traversait la petite rue de la Bucherie.

Lorsqu'on avait affaire dans cette dernière partie de l'hôpital, c'était un vrai voyage.

Ce vieil Hôtel-Dieu, l'un des plus anciens hôpitaux de Paris, était tout ce que l'on peut rêver de plus sale, de plus insalubre, quoique l'on fût loin, cependant, du temps où quatre et même six malades étaient couchés dans le même lit, le fiévreux à côté de l'amputé, la femme en couches à côté d'une malade atteinte d'une affection quelconque.

Lorsqu'il fut décidé que l'Hôtel-Dieu serait reconstruit, c'était l'époque où

---

clinique! J'en ai une par devers moi qui me fut communiqué, il y a quelques années, par un rebouteur de marque, maire d'une petite commune de mon département, où j'étais allé honorer de ma présence une noce de campagne. On en avait profité pour m'appeler près d'un malheureux atteint d'une fracture compliquée de jambe, dont le tibia nécrosé faisait, hors de la plaie, une saillie de douze centimètres. Au moment où l'accident s'était produit, un médecin, ne pouvant réduire les os, avait reséqué deux travers de doigt du fragment supérieur, après quoi la réduction avait été obtenue. Le docteur avait à peine quitté la maison que notre maire fut prié de venir voir si tout était bien. Il y fut et s'escrima de telle sorte, que le déplacement se reproduisit avec usure. Mais, cette fois, on ne put rien remettre en place. Les choses en étaient là depuis cinq mois, le jour où je vis le pauvre diable. Le soir, à table, j'avais l'avantage d'être le voisin de mon libre confrère. Croyant le gêner un peu, j'amenai malicieusement la conversation sur le blessé. Mais lui, avec le tact médical, pur de tout alliage de science, dont la nature avait doué ce guérisseur par vocation, me raconta ceci, sans sourciller : « Oui, monsieur, tout le malheur, voyez-vous, c'est qu'on ait fait venir le médecin. Il avait si mal arrangé la cassure, que quand je suis allé voir cette jambe-là, je n'ai pas eu plus tôt enlevé une espèce de bandage en plâtre qu'il avait mis en dessous, que non seulement l'os est ressorti pis

l'infection purulente et la fièvre puerpérale décimaient les hôpitaux et les maternités, et les chirurgiens comme les accoucheurs pensaient que l'hygiène hospitalière, bien entendue, était seule capable d'atténuer, sinon de faire disparaître ces fléaux. Aussi, d'importantes discussions prirent naissance au sein des Sociétés savantes sur cette question ; et à la Société de chirurgie, on arriva, entre autres conclusions à cette opinion que l'Hôtel-Dieu ne devait pas être rétabli dans la Cité et que l'on devait seulement construire à sa place un petit hôpital pour les cas urgents.

Cela n'entrait pas dans les plans de l'administration supérieure, et, sans se soucier des vœux émis par les savants, le Conseil municipal vota la construction, dans la Cité, d'un hôpital de 600 lits pour remplacer l'ancien Hôtel-Dieu.

La construction nouvelle marcha très lentement et n'était pas encore terminée au moment de la guerre de 1870.

L'hôpital achevé parut tellement contraire aux lois de l'hygiène que l'on décida, avant de le livrer aux malades, de le diminuer d'un étage.

Cette mutilation faite, son inauguration eut lieu le 27 juillet 1877, pendant le temps d'exercice du professeur Richet.

Depuis lors, la question de l'hygiène hospitalière a singulièrement perdu de son importance. On s'est convaincu, en effet, que ce n'est pas exclusivement et principalement par l'air que se transmettent les germes infectieux et que c'est par d'autres procédés que l'on parvient à prévenir leur transmission.

Bref, la méthode antiseptique a paru et nous a fourni les splendides résultats que vous savez.

Si la question de l'hygiène hospitalière a été reléguée ainsi au second plan, il ne s'ensuit pas que l'on ne doive apporter des soins particuliers à l'installation, à l'aménagement d'un grand hôpital, en vue de l'antisepsie.

Je ne puis entrer à ce sujet dans plus de développement. Je me bornerai à dire qu'au point de vue de l'installation et de l'aménagement, l'Hôtel-Dieu actuel est loin, bien loin de la perfection. La disposition des salles, des

---

que jamais, mais qu'il n'y a plus eu possibilité de le remettre comme il faut. Et vous allez de suite comprendre pourquoi : c'est d'avoir coupé le bout d'en haut. De cette manière, les os ne se tenaient plus, et tout a lâché du premier coup. » — Ne croyez-vous pas que quelques observations de ce genre auraient donné un singulier ragoût aux séances des rebouteurs ?

Une chose en quoi ils vont être, à mon humble avis, tout à fait banals et terre à terre, *imitatorum servum pecus*, c'est dans le banquet à six francs par tête qui clôturera les travaux. A moins que le soir, très tard, sous la conduite de Papus ou du grand Sâr, dont la présence était escomptée, dit-on, ils n'organisent, au-dessus de la capitale dominée, quelque fantastique chevauchée à travers les airs, avec le classique appareil de la grande époque — chats noirs et manches à balai.

Il est un reproche, en tous cas, qu'ils ont grandement mérité, et c'est un devoir de le leur faire, pour leur permettre de l'éviter une autre fois. Ils ont été d'une noire ingratitude. Pas une voix, dans cette réunion de rebouteurs, ne s'est élevée pour proposer d'acclamer comme président d'honneur M. Rouvier, dont la confiance inoubliée avait donné à la corporation un lustre si remarqué.

amphithéâtres, leur aménagement surtout, sont très défectueux, et je prends ce service de clinique, réputé le premier service de chirurgie de Paris, dans des conditions absolument déplorables.

Croirait-on qu'il n'y existait pas un local où il fut possible de pratiquer les opérations si délicates et si graves que réclame aujourd'hui la chirurgie abdominale ?

J'ai dû, pour faire face aux besoins les plus urgents, convertir une petite partie du service des hommes, heureusement assez isolée, en un service de gynécologie. Mais je suis dépourvu de presque tout matériel. J'espère l'obtenir dans l'avenir.

Mais, en attendant, et en prenant exemple sur mes devanciers qui étaient certainement encore moins bien outillés que nous le sommes, je m'efforcerai, dans la mesure de mes moyens, de vous instruire et de guérir le plus grand nombre possible de nos malades.

Décret relatif au stage hospitalier et aux cliniques annexes de la Faculté de médecine de Paris

Ce décret, que nous donnons plus loin, constitue un acte d'une grande importance, et quelques-uns se demandent si c'est la Facult équi étend son pouvoir sur l'administration de l'assistance publique, ou si cette dernière, au contraire, empiète sur la Faculté en obtenant pour ses médecins et son chirurgiens le droit à l'enseignement. C'est qu'en effet, d'un côté, les élèves stagiaires répandus autrefois partout vont être réservés pour certains services et quelques hôpitaux seront ainsi privés d'élèves, ce qui est un préjudice causé aux médecins et aux chirurgiens de cet hôpital ; mais, d'un autre côté, voilà que le droit à l'enseignement, acquis jusqu'ici par le concours des Facultés est donné au choix par une commission spéciale à des hommes qui n'ont subi que le concours des hôpitaux. Ces derniers seront payés sur le budget du ministère de l'instruction publique et seront chargés d'apprendre la clinique aux étudiants. Ils seront donc professeurs, s'écriait quelqu'un l'autre jour, et pourront en porter le titre sans en revêtir la robe.

On lira, de plus, que l'article 12 annonce la création de l'enseignement payant. Comme on le voit, il y a là bien des points sur lesquels nous reviendrons et qui soulèveront sans doute quelques difficultés ; quand ce ne serait que le changement dans la distribution des stagiaires nommés en mars externes des hôpitaux. Pour le moment, nous ne faisons que soumettre ce décret aux lecteurs qui pourront le discuter. Cette institution sera-t-elle viable ? Nous ne pouvons l'affirmer. Ce qu'il faut cependant y voir, c'est une excellente tendance vers l'amélioration de l'enseignement clinique.

Le Président de la République française,

Vu, etc...

Décrète ;

Article premier. — Tous les étudiants en médecine feront un stage dans les hôpitaux de Paris, dont la durée ne sera pas inférieure à trois années.

Les étudiants accompliront ce stage pendant leurs deuxième, troisième et quatrième années d'études.

Pendant les deux premières années du stage, les élèves seront attachés aux services généraux de médecine et de chirurgie.

Pendant la troisième année, les élèves seront nécessairement attachés pendant un trimestre aux services d'accouchemvnt et devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies nerveuses, aux maladies mentales, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires.

Art. 2. — Les élèves stagiaires seront répartis par groupes de vingt dans les services affectés à l'enseignement.

Art. 3. — Chacun des groupes de stagiaires sera composé d'élèves appartenant à une même année de stage.

Art. 4. — Pendant toute la durée de cet enseignement, l'élève devra être exercé individuellement à la recherche des signes, des symptômes des maladies. Il devra prendre part personnellement à l'examen des malades.

Art. 5. — Les services affectés à l'enseignement pendant les deux premières années de stage sont :

1° Les services de clinique générale de la Faculté de médecine ;

2° Des services pris parmi ceux qui sont dirigés par des médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux généraux.

Les services affectés à l'enseignement pendant la troisième année sont :

1° Les chaires d'accouchement et de clinique spéciale de la Faculté de médecine ;

2° Des services pris parmi ceux qui sont consacrés aux accouchements et aux spécialités dans les divers établissements hospitaliers.

M. le directeur de l'Assistance publique désignera dans les différents hôpitaux le nombre des services dirigés par les médecins, chirurgiens et accoucheurs qui, dans chaque hôpital, sera affecté à cet enseignement.

Art. 6. — Les médecins, chirurgiens et accoucheurs qui désireront être chargés de l'enseignement des stagiaires adresseront leurs demandes, avant le 15 juin, à M. le directeur de l'Assistance publique.

Celui-ci convoquera une commission composée : pour la Faculté de médecine, de quatre membres, le doyen et trois professeurs délégués par la Faculté ; pour l'Assistance publique, de quatre membres, le directeur et trois membres du Conseil de surveillance, dont le représentant des médecins des hôpitaux et le représentant des chirurgiens.

Le directeur présidera la Commission ; en cas de partage, la voix du président sera prépondérante.

Le directeur soumettra à la Commission le projet de répartition des services dans les différents hôpitaux, la liste des demandes adressées par les médecins, chirurgiens et accoucheurs.

Le doyen de la Faculté indiquera le nombre des élèves soumis au stage.

La Commission dressera une liste de présentation comprenant pour chaque place deux noms, si cela est possible.

Cette liste sera adressée à M. le ministre de l'instruction publique, qui nommera les médecins, chirurgiens et accoucheurs chargés de ces cours.

Art. 7. — L'enseignement durera du 1er décembre au 15 juin. Les titulaires des cours seront nommés pour trois ans.

Les élèves seront répartis de façon qu'ils passent trois mois dans un service de médecine et trois mois dans un service de chirurgie.

Le professeur donnera à la fin des cours des notes sur le travail de chaque élève. Ces notes seront transmises par les soins du directeur de l'Assistance publique au doyen de la Faculté pour être jointes au dossier de l'élève.

Art. 8. — Il recevra une indemnité annuelle de 3,000 francs.

Aucuns frais ne résulteront pour l'Assistance publique de cet enseignement.

Art. 9. — La répartition des élèves dans les cliniques de la Faculté et dans les services désignés par la Commission sera établie à la Faculté par son doyen.

Au moment où leur nom sera appelé, les élèves de troisième année de stage désigneront le service d'accouchements dans lequel ils désirent faire leur stage, ainsi que l'époque de ce stage, puis le ou les services spéciaux qu'ils veulent suivre et, pour le reste du temps, le ou les services généraux auxquels ils désirent être attachés.

Les stagiaires de deuxième année seront de préférence répartis dans les hôpitaux du centre ; les stagiaires de première année dans les hôpitaux excentriques.

La liste de répartition sera transmise à M. le directeur de l'Assistance publique, qui délivrera des cartes d'entrée dans les hôpitaux aux élèves.

Art. 10. — Les élèves internes et externes des hôpitaux qui, pendant la durée de leur service hospitalier, n'auraient pas été attachés à un service d'accouchements, devront faire un stage dans un de ces services ou, s'ils le préfèrent, ils seront admis à accompli un stage de deux mois à la clinique Baudelocque, de dix heures du soir à huit heures du matin.

Art. 11. — La Commission établira dans quelles conditions les spécialités pourraient être enseignées dans l'après-midi, de façon à faciliter cette période de stage et les études de la cinquième année de médecine en combinant les heures, de façon à ne pas entraver les exercices pratiques exigés par la Faculté pendant la même période scolaire.

Art. 12. — Si l'Assistance publique autorise la création de cours libres payés directement par les élèves, les chefs de service qui pourraient être appelés à siéger dans les jurys d'examens de la Faculté ne recevront pas cette autorisation.

Art. 13. — La discipline dans l'intérieur de l'hôpital appartient au directeur de l'établissement,

Art. 14. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes et le président du conseil, ministre de l'intérieur, sont chargés de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 20 novembre 1893.

CARNOT.

DUPUY. R. POINCARÉ.

COURRIER

—

Nous apprenons qu'il a été décidé par l'administration de l'Assistance publique de désigner un chirurgien titulaire pour le service de Civiale (voies urinaires). Ce service restera à l'hôpital Necker jusqu'au moment où l'hôpital Lariboisière aura été doté de salles et de toutes les installations nécessaires au traitement des maladies des voies urinaires. La nomination du chirurgien titulaire aura lieu le 26 décembre.

A la même date, aura lieu la nomination d'un chirurgien titulaire à un service de chronique (maladies des enfants. Hôpital des enfants).

— Il est question, paraît-il, toujours avenue Victoria, de créer des assistants dans tous les services : c'est du moins ce qui se discuterait dans un projet de réorganisation soumis au conseil de surveillance. Les internes les plus anciens pourraient, m'a-t-on dit, remplir ce rôle d'assistant. Le projet de M. Peyron portait même la possibilité à un interne de quatrième année de subir, pour remplir cette fonction, ses derniers examens de doctorat. Nous donnons cette nouvelle sous réserve.

Faculté de médecine de Paris. — MM. Marie (Charles) et Potier sont nommés moniteurs des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

M. le docteur Létienne est nommé aide du laboratoire de clinique d'accouchements.

M. Ribemont-Dessaignes, agrégé libre de la Faculté libre de médecine de Paris, est chargé d'un cours complémentaire d'anatomie, physiologie et pathologie élémentaires pour les élèves sages-femmes.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Garraud est nommé préparateur des cours et des travaux pratiques de chimie.

M. le docteur Frèche est nommé aide de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Weill, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Carayon est chargé des fonctions d'aide de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

M. Marcellin est nommé préparateur d'anatomie pathologique et histologie.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Bouin est nommé préparateur d'histologie.

MM. André, préparateur de thérapeutique, et Renard sont nommés aides de clinique.

M. le docteur Guillaumout est chargé des fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique.

Un congé, pour l'année scolaire 1893-1894, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Hecht, professeur de pathologie générale.

Concours de l'externat. — Question donnée : « Artères de la jambe. — Muscles grand et petit obliques de l'abdomen.

Hospices civils de Rouen. — Un concours pour une place de médecin adjoint s'ouvrira à l'Hospice général, le jeudi 8 mars 1894, à trois heures et demie. — Le registre d'inscription, ouvert à la direction, enclave de l'Hospice général, sera clos le 20 février.

Danger des pastilles de chlorate de potasse comprimées. — « Le hasard nous a rendu témoins, dernièrement, de l'accident suivant : Nous voyagions avec un monsieur qui, paraît-il, avait eu la malencontreuse idée de placer quelques lentilles de chlorate, en compagnie d'un canif d'acier, dans une pochette extérieure de son vêtement. Le soleil nous avait rôti pendant le trajet ; en descendant du compartiment, notre voisin choqua violemment la portière. Immédiatement une déflagration des lentilles se produisit et une longue flamme jaillit de la poche du porteur ahuri, qui subit une assez forte brûlure à la main. » (*Province méd.*, 28 octobre.)

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

HYGIÈNE

La tuberculine et la malléine comme moyens de diagnostic de la tuberculose et de la morve

Les injections hypodermiques de virus atténués n'ont pas donné jusqu'ici de grands résultats pratiques en médecine humaine. La vaccination antirabique est le seul résultat important que cette méthode ait produit et c'est plutôt un mode de traitement qu'une mesure préventive, puisqu'on n'y a recours que chez les personnes mordues, c'est-à-dire en puissance du virus et pendant la période d'incubation de la maladie. Les tentatives faites il y a huit ans en Espagne, par le docteur Ferran, pour préserver du choléra par l'inoculation ont abouti, comme on le sait, au désastre de Cambrils (1), et les essais plus encourageants et plus scientifiques faits récemment dans le laboratoire de M. Pasteur, par le docteur Gamaleïa, n'ont encore donné que des espérances. Les vaccinations contre la fièvre jaune, que poursuit depuis dix ans, à Rio-Janeiro, le docteur Domingos Freire, n'ont pas encore porté la conviction dans l'esprit des médecins brésiliens qui sont témoins de ses innombrables inoculations. Enfin, tous les médecins ont encore présent à l'esprit la déception cruelle que le monde médical a ressentie en 1890, lorsqu'il a fallu reconnaître que la découverte du docteur Koch n'était qu'un rêve dont le réveil a été bien douloureux pour le savant qui l'avait prématurément annoncée.

En médecine vétérinaire, les résultats des inoculations préservatrices sont beaucoup plus importants. La vaccination anticharbonneuse est devenue une pratique courante, depuis la célèbre expérience faite par M. Pasteur au mois de mai 1881, à Pouilly-le Fort, devant une réunion composée de savants, d'administrateurs, d'agronomes et de vétérinaires, expérience dont la réussite fut éclatante et porta la conviction dans tous les esprits (2). A partir de ce moment, cette pratique s'est répandue dans tous les pays d'élevage, le charbon a cessé de ravager les troupeaux et les bénéfices qu'en a déjà retirés l'agriculture sont estimés à plus d'un milliard. Depuis cette époque, les vétérinaires ont découvert le préservatif de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes, de la clavelée du mouton, du rouget du porc etc. Enfin, et c'est là le sujet du présent article, ils ont trouvé, dans les virus atténués, un moyen précieux de diagnostic dont il existe déjà deux applications intéressantes et pratiques.

Tuberculine. — Lorsque le professeur Koch fit connaître sa découverte, il présenta sa *lymphe*, car c'est le nom qu'on lui donna d'abord, comme un moyen de diagnostic et comme un remède de la tuberculose. Tous les médecins qui expérimentèrent le liquide envoyé de Berlin constatèrent en

(1) Rapport sur les essais de vaccination cholérique entrepris en Espagne par le Dr Ferran, présenté au ministre du Commerce par MM. Brouardel, Chassin et Albaran. Paris 1885.

(2) Voyez l'*Union médicale* du 3 janvier 1893.

effet qu'il avait la propriété de déceler la tuberculose latente, en provoquant chez ceux qui en sont atteints, une réaction fébrile qui ne se produit pas chez les sujets indemnes ; mais ils reconnurent bientôt que ce moyen n'était pas infaillible, que la réaction faisait parfois défaut chez les tuberculeux et se manifestait, dans quelques cas, chez les sujets sains. Puis vinrent de toutes parts de sinistres nouvelles, des cas de mort rapide incontestablement dus au remède, l'aggravation des symptômes et la marche plus rapide de la maladie chez les tuberculeux ; enfin la déclaration faite à Berlin par Virchow, le 12 janvier 1891, vint détruire toutes les espérances et couper court à tous les essais.

Virchow avait, en effet, démontré, avec les pièces anatomiques à l'appui, que les injections de Koch, loin de détruire les lésions tuberculeuses, en faisaient naître de nouvelles et amenaient la dispersion des bacilles dans l'organisme tout entier. Il ne pouvait plus être question dès lors d'y recourir dans l'espèce humaine, mais il n'en restait pas moins acquis que la *lymphe de Koch*, que la *tuberculine* (1) pour lui donner le nom qu'elle porte aujourd'hui, jouit de la propriété de déceler la tuberculose dans le plus grand nombre des cas, et cette propriété, la médecine vétérinaire en tire le plus grand parti.

On sait combien la tuberculose est commune dans l'espèce bovine et combien il est difficile de la déceler. M. Nocard déclarait, il y a deux ans, à l'Académie de médecine, qu'il était incapable d'affirmer, par l'examen le plus minutieux, qu'une vache quelconque n'est pas tuberculeuse. Chez des animaux de la plus belle apparence et qu'on primerait dans les concours, on trouve parfois des tubercules à l'autopsie. La *tuberculine* a donné à la médecine vétérinaire le moyen de diagnostic qui lui manquait. Il est sûr, dit M. Nocard, et a été reconnu tel en Allemagne comme en France, à la suite d'expériences nombreuses répétées et faites sur une assez grande échelle ponr donner une certitude.

Le fait est de la plus haute importance au point de vue de l'hygiène et c'est pour cela que nous y insistons. Les espèces animales sont solidaires au point de vue des maladies qu'elles ont en commun et nous ne pouvons pas savoir au juste dans quelle proportion et par quelles voies se fait l'échange des bacilles de Koch entre les bovidés et nous. Ce qui paraît démontré, c'est que la tuberculose peut se transmettre par le lait et cette porte est assez large pour qu'il y ait grand intérêt à la fermer.

La tuberculose, ainsi que l'a démontré M. Nocard (2) est très rarement congénitale.

L'hérédité n'a qu'une très faible part dans sa propagation. Les veaux n'en sont pas atteints, et restent indemnes lorsqu'on les élève à l'écart de leurs mères tuberculeuses. C'est dans les étables que se fait la transmission. Dans celles où la tuberculose existe depuis plusieurs années, la proportion des animaux qui en sont atteints peut s'élever à 50, 60 et même 80 pour 100

(1) On sait aujourd'hui que la *tuberculine* est un extrait glycériné des cultures du bacille de la tuberculose. On l'obtient par l'évaporation du liquide des cultures préalablement filtré et stérilisé à l'autoclave. (Nocard. La tuberculose bovine, ses dangers, ses progrès, sa prophylaxie. — Paris, 1892, p. 9.)

(2) Du rôle respectif de la contagion et de l'hérédité dans la propagation de la tuberculose, par M. le professeur Nocard (d'Alfort). (*Revue d'hygiène*, du 20 octobre 1893, n° 10, p. 899).

de l'effectif total. La *tuberculine* permet de reconnaître la maladie dès son apparition et alors qu'elle n'a encore produit que des lésions insignifiantes ; on peut, dans ce cas, isoler les bêtes malades de celles qui sont saines, les engraisser rapidement et les livrer à la boucherie sans les exposer à la saisie, les lésions étant à cette époque assez peu avancées pour permettre d'en consommer la viande sans le moindre péril.

En résumé, la prophylaxie de la tuberculose est facile grâce à ce précieux moyen de diagnostic. Les agriculteurs pourront, quand ils le voudront, se mettre à l'abri de ses ravages. Il suffira pour cela de séquester les bêtes reconnues malades, de désinfecter les étables et de n'y introduire d'animaux nouveaux qu'après les avoir soumis à l'épreuve de la tuberculine (1).

Il est impossible d'apprécier aujourd'hui les résultats que pourrait avoir pour l'homme la disparition de la tuberculose de l'espèce animale qui y est le plus sujette et qui nous rend le plus de services. Malgré les progrès de l'hygiène, malgré l'accroissement de bien-être dans toutes les classes de la société, cette terrible maladie va sans cesse accroissant ses ravages. Nous pouvons aujourd'hui l'attaquer sur un point, celui de sa transmission ; il faut, par conséquent, détruire le bacille partout où on l'observe et surtout parmi les bovidés où il prospère et pullule avec une si effrayante activité.

Malléine. — La morve est loin d'offrir autant d'intérêt pour l'hygiéniste que la tuberculose. Il est rare de l'observer dans l'espèce humaine, si rare que les premiers cas en ont été méconnus. C'est en 1837 seulement que Rayer a démontré la possibilité de la transmission du cheval à l'homme et l'identité de la maladie dans les deux expèces (2). Depuis cette époque, les observations se sont multipliées, de façon à enlever tous les doutes et à motiver les mesures de précaution qu'on prend aujourd'hui dans toutes les écuries ; elles ont réduit notablement les cas de transmission. Les statistiques concernant la morve de l'homme sont, il est vrai, très incomplètes, parce que le diagnostic clinique est difficile, et que la maladie est souvent méconnue.

D'après un relevé de Felisch (3), on a constaté, en Prusse, de 1786 à 1886, 17,047 cas de morve chez le cheval et 20 cas seulement de contagion à l'homme. En France, il doit y en avoir davantage, par suite de l'augmentation notable du nombre des chevaux morveux depuis 1870 ; mais il est des pays où la maladie fait de bien plus grands ravages. On a pu voir, dans notre dernier courrier, que, dans l'île de Cuba, depuis 1870, la morve a fait, par an, de 20 à 40 victimes. Or l'île n'a pas plus de 1,200,000 habitants. Si la France était aussi maltraitée, il faudrait, chaque année, porter un millier de décès au compte de la morve.

Ce n'est donc pas une maladie négligeable, même au point de vue de l'hygiène et sans compter l'intérêt économique, qui est de premier ordre. Or le diagnostic de la morve au début est aussi difficile chez le cheval que celui de la tuberculose dans l'espèce bovine ; elle a également sa période latente, et la *malléine* a le même pouvoir révélateur que la *tuberculine*. C'est

(1) Nocard. La valeur diagnostique de la tuberculose. (*Bulletin* de la Société centrale de médecine vétérinaire, séance du 24 novembre 1892, VII[e] série, t. IX, n° 24, p 774.)
(2) Séance de l'Académie de médecine du 14 février 1837.
(3) Felisch, Die Verbreitung der Rotzkrankheit in Preussen in den 10 Jahren von 1876-1886 (Thiermed. Rundschau, 1887, p. 289).

du reste un produit de même nature, un extrait glycériné des cultures du bacille de la morve stérilisées par la chaleur.

Deux vétérinaires russes, Kölning (de Dorpat), puis Hellmann (de Saint-Pétersbourg), ont montré les premiers que la malléine injectée sous la peau provoque toujours, chez les chevaux atteints de morve, une réaction fébrile intense avec une notable élévation de température, et que ces phénomènes ne se manifestent pas chez les chevaux sains. M. Nocard a vérifié, par de nombreuses expériences, les faits annoncés par les vétérinaires russes, et il en a fait l'objet d'une communication à la Société centrale des médecins vétérinaires, dans la séance du 14 avril 1893. Son travail se termine par les conclusions suivantes :

« 1° L'injection sous-cutanée de la malléine, à la dose de un quart de centimètre cube (deux centimètres cubes et demi de la solution au dixième) provoque, chez les seuls chevaux morveux, une réaction fébrile intense, accusée dès la huitième heure, durant toujours plusieurs heures.

« 2° Si l'élévation de la température provoquée par la malléine est supérieure à 2 degrés, on peut, par cela seul, déclarer l'animal morveux ; quand l'hyperthermie est comprise entre 1°5 et 2 degrés, on peut encore dire que l'animal est morveux, si l'œdème consécutif à l'inoculation est considérable, si surtout la température est encore, après vingt-quatre heures, notablement élevée. L'élévation comprise entre 1 degré et 1°5 doit faire considérer l'animal comme suspect. Quand elle n'atteint pas 1 degré, l'animal doit être considéré comme sain. »

M. Alexandre, chef du service vétérinaire sanitaire du département de la Seine, a constaté l'exactitude de ces faits et a consigné ses observations dans son rapport sur les maladies contagieuses des animaux observées dans le département de la Seine pendant l'année 1892 (1).

Ses chiffres sont tout à fait concluants :

4,348 chevaux appartenant à la Compagnie l'*Urbaine*, et présentant tous les signes extérieurs de la santé, à l'exception de 8, ont été soumis aux injections de malléine. 562 ont été reconnus morveux par ce procédé ; ils ont été sacrifiés, et l'autopsie a démontré la précision du diagnostic porté par la malléine. Dans d'autres établissements propriétaires de chevaux nombreux, des cas de morve latente ont été décelés par la malléine dans des proportions semblables.

M. Nocard a fait, à la tribune de l'Académie de médecine, une analyse détaillée du travail de M. Alexandre, et il en a fait ressortir l'importance. Elle est incontestable. C'est la démonstration d'un fait de premier ordre. Il ne s'agit pas seulement d'empêcher la propagation de la morve dans les écuries, et par conséquent de diminuer par là le nombre des cas de transmission à l'espèce humaine ; il y a, de plus, dans ces résultats constants, la démonstration d'un principe qui pourra avoir plus tard des applications qu'on ne soupçonne pas encore. Le pouvoir révélateur de la tuberculine et de la malléine n'est, en effet, qu'un cas particulier, qu'une des manifestations d'une loi générale.

Jules ROCHARD

(1) M. Alexandre a communiqué ce rapport au Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, le 10 mai 1893.

Forme osseuse du rhumatisme scarlatineux

Par MM. Richardière, médecin des hôpitaux et Péron, interne des hôpitaux

I

On décrit ordinairement deux formes d'arthrites scarlatineuses : la forme séreuse et la forme purulente. Ces arthrites séreuses et les arthrites purulentes sont considérées comme les seules manifestations articulaires, qu'on peut observer dans le cours du rhumatisme scarlatineux.

Les arthrites purulentes sont très rares. On ne les observe guère qu'une fois sur 30 cas de rhumatisme scarlatineux (Carslaw). La nature du liquide épanché dans les jointures, l'étendue et la gravité des lésions observées différencient complètement ces arthrites, des arthropathies ordinaires de la scarlatine. Les arthrites séreuses constituent en réalité la véritable manifestation du rhumatisme scarlatineux. Ces arthrites sont généralement légères, mais elles ont une certaine tendance à la fixité ; l'nflammation frappe d'emblée un petit nombre de jointures et n'a pas de tendance à se généraliser. La durée des arthrites est assez courte. Rarement elle dépasse 2 à 3 semaines. Au bout de ce temps les articulations cessent d'être douloureuses. Le gonflement disparaît. Les mouvements redeviennent possibles. La guérison complète est la règle ordinaire.

Dans quelques cas rares, les arthrites séreuses peuvent se prolonger d'une façon anormale (Chevallet), sans que, cependant le résultat définitif soit modifié. Au bout d'un temps plus ou moins long, les articulations recouvrent tous leurs mouvements. La guérison complète s'obtient sans déformation persistante.

Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels que les arthrites séreuses laissent à leur suite des altérations durables, sous forme de lésions articulaires persistantes entraînant l'ankylose. Demme (1) a publié un fait de ce genre, dans lequel une arthrite scarlatineuse fut suivie de lésions articulaires avec ankylose.

Au point de vue du diagnostic de la forme de rhumatisme scarlatineux que nous avons observé, il nous faut signaler la terminaison possible de l'arthrite scarlatineuse par tumeur blanche, qui a été signalée par Bokaï, dans quelques arthrites à marche subaigüe ou chronique. La tuberculisation de la jointure enflammée n'est d'ailleurs pas spéciale à l'arthrite scarlatineuse, elle peut se voir dans toutes les arthrites. L'inflammation articulaire joue, chez les sujets prédisposés, le même rôle que le traumatisme dans la célèbre expérience de Max Schuller.

II

Dans la forme séreuse des arthrites scarlatineuses, les lésions sont limitées aux parties molles de la jointure. La synoviale et les ligaments sont à peu près les seules parties de l'articulation qui participent à l'inflammation. Dans quelques-unes des rares autopsies qui ont été faites, on a constaté le ramollissement de la substance cartilagineuse et la destruction des cellules des cartilages ; mais ces lésions paraissent le plus souvent secondaires à celles de la synoviale. Elles ont assez peu d'importance pour ne pas donner lieu à des symptômes appréciables. Elles ne diffèrent pas de celles qu'on peut observer dans toutes les arthrites séreuses, même dans celle du rhumatisme articulaire aigu.

(1) Demme (Sahresb. des Senner'schen Kindern, Berne 1887).

Les extrémités osseuses seraient constamment indemnes, si l'on en juge par le silence des auteurs sur l'état des épiphyses. Le rhumatisme scarlatineux, à forme séreuse, bornerait son action aux parties molles. Les os seraient respectés !

S'il en est ainsi dans la grande majorité des cas, l'intégrité des os qui prennent part à la formation de la jointure n'est pas un fait absolu. Chez deux malades, atteints d'arthrites scarlatineuses, que nous avons observées à l'hôpital Trousseau, les extrémités osseuses présentaient des lésions manifestes, caractérisées par des déformations considérables, accompagnées de rétractions tendineuses. Les articulations malades, à la période d'état de l'arthrite, paraissaient atteintes des lésions du rhumatisme chronique osseux.

Cette forme osseuse du rhumatisme scarlatineux paraît très rare. Nous ne l'avons trouvée signalée par aucun auteur. Malgré sa rareté, elle présente un réel intérêt, car elle diffère beaucoup au point de vue de l'évolution et du pronostic de la forme séreuse ordinaire du rhumatisme scarlatineux.

D'après ce que nous avons observé, la forme osseuse est une forme grave. L'arthrite laisse à sa suite des désordres articulaires considérables. Elle occasionne une gêne des mouvements qui peut persister sinon indéfiniment, du moins un temps très long. En raison de sa terminaison fréquente par ankylose, cette forme d'arthrite scarlatineuse doit être traitée énergiquement dès le début.

Observation I. — M... (Jean). *Rhumatisme scarlatineux tardif. Persistance des déformations des extrémités osseuses articulaires.*

L'enfant M... (Jean) entre, le 19 mai 1893, salle Lugol n° 9, service du Dr Sevestre, à l'hôpital Trousseau, pour de la tuberculose cutanée du dos de la main gauche avec adénopathie axillaire tuberculeuse suppurée. Son père est mort phtisique, c'est tout ce que l'on trouve d'intéressant à signaler dans ses antécédents.

La plaque de tuberculose cutanée que M... porte à la main gauche a déjà été soignée par des pointes de feu. Son début remonte à huit mois environ. Son centre est guéri, mais à la périphérie existe une zone en pleine évolution. La fistule axillaire date de deux mois et demi. Il n'y a rien sur le trajet des lymphatiques du bras. Le ganglion épitrochléen n'est pas appréciable. Le foyer de tuberculose cutanée est détruit au galvano-autère, l'adénopathie axillaire est grattée et passée au chlorure de zinc le 25 mai. Chloroforme. Aucune complication à la suite de cette intervention; la température reste à 37 degrés.

Dans la soirée du 2 juin, l'enfant est pris de vomissements, la température monte brusquement et le 3 juin au matin il présente une éruption de scarlatine évidente. Il y avait eu antérieurement quelques cas de scarlatine salle Lugol. M... est transporté au pavillon Davenne.

Voici les renseignements fournis sur l'évolution de cette scarlatine par la fiche de l'enfant.

(Service du Dr Moizard, pavillon Davenne.)

Eruption légère, angine peu marquée ; les urines ne contiennent pas d'albumine. Les grands appareils sont normaux. Le 5 juin, la température du soir est de 38 degrés 4 et le 6 au matin elle est de 37 degrés 5.

La convalescence est parfaitement régulière jusqu'au 7 juillet. L'enfant se lève, mange et va rentrer salle Lugot, quand il est pris, le 7 juillet (35 jours après le début de sa scarlatine), de douleurs vagues dans les membres.

Le 7 juillet, la température monte, le rhumatisme se localise et voici la note du 9 juillet : l'enfant se plaint de douleurs vives dans les articulations des coudes et des poignets. On ne constate, cependant, ni rougeur ni gonflement dans les jointures malades. Les jours suivants, les douleurs s'accentuent et les arthrites se limitent.

Le 13 juillet, les coudes ne sont plus atteints ; seuls les deux poignets, les deux articulations tibio-tarsiennes sont prises ; les jointures ont augmenté de volume ; elles sont très douloureuses. Epanchement peu abondant dans les deux articulations du cou-de-pied. Oedème péri-articulaire. Rien au cœur. Enveloppement ouaté compressif.

19 *juillet*. L'enfant accuse des douleurs dans les articulations de la phalange avec la phalangine du médius et de l'annulaire droits. Il y a de l'épanchement intra-articulaire et les doigts se mettent en demi-flexion.

Les autres grandes articulations sont, par contre, beaucoup moins douloureuses, sauf celle du cou de-pied droit dans laquelle l'épanchement et de vives douleurs persistent.

22 *juillet*. — Toutes les articulations sont libres, sauf la tibio-tarsienne et les deux articulations phalango-phalanginiennes du médius et de l'annulaire du côté droit.

Par suite des changements de service nous prenons le pavillon de la scarlatine et voici ce que nous constatons le 1er août : L'enfant est pâle et très amaigri, presque squelettique. La lésion tuberculeuse du dos de la main gauche est complètement cicatrisée : la fistule axillaire est fermée. Rien à noter dans les différents appareils. Les urines ne contiennent pas trace d'albumine.

Articulation tibio-tarsienne droite : gonflement moyen, petite quantité de liquide dans la synoviale. Peu d'œdème péri-articulaire, sauf à la région antérieure, au niveau de la gaîne des extenseurs du pied où l'œdème est assez accentué. Douleurs vives au moindre mouvement de l'article; douleurs très vives à la pression aux insertions ligamenteuses des malléoles. L'atrophie musculaire des muscles du mollet est considérable, les extenseurs de la cuisse du même côté ont perdu leur relief et leur dureté.

Coude droit : la jointure n'est plus douloureuse dans les mouvements peu étendus; cependant; si l'on cherche à obtenir une flexion complète de l'avant-bras sur le bras, la douleur reparaît. Quelques craquements sont perçus dans ce mouvement.

Atrophie musculaire légère de l'avant-bras et du bras correspondant.

Médius et annulaire droits : les doigts sont en demi-flexion; les articulations sont énormes; il y a une augmentation considérable des têtes articulaires. On ne perçoit pas de liquide en quantité appréciable dans les synoviales. Douleurs extrêmement vives au moindre mouvement; les insertions ligamenteuses latérales sont très douloureuses à la pression.

En l'absence d'albumine et de fièvre, on reprend l'alimentation. Compression ouatée sur les jointures malades.

6 *août*. — Amélioration rapide de l'état général. L'enfant est plus gai; il mange avec voracité et reprend un peu d'embonpoint ; ses articulations malades sont un peu moins douloureuses. Il se laisse examiner plus volontiers; rien de particulier, d'ailleurs, au point de vue local.

12 *août*. — L'enfant va de mieux en mieux. L'articulation tibio-tarsienne est beaucoup moins douloureuse ; elle a diminué de volume.

Quelques légers mouvements de flexion et d'extension sont possibles. La deuxième articulation du médius droit est, elle aussi, moins douloureuse, quoique le gonflement des têtes articulaires persiste. L'enfant ne remue pas spontanément le doigt, mais on peut provoquer quelques mouvements dans l'articulation. Par contre, l'articulation de l'annulaire est toujours très prise et très douloureuse. M... retourne à la salle Lugol.

20 *août*. — L'enfant ne souffre plus du cou-de-pied ; il ne persiste dans la jointure que

quelques craquements. Il peut s'appuyer sur la jambe droite et demande à se lever. Au médius, on arrive à fléchir la phalangine à angle droit sur la phalange.

Les mouvements spontanés sont toutefois très limités. Cependant les têtes osseuses restent très volumineuses, la peau est encore violacée, et les mouvements même légers de l'article provoquent des craquements. Il y a une atrophie très nette des muscles de l'avant-bras droit L'articulation de l'annulaire tend à l'ankylose, les extrémités osseuses sont énormes et l'épaisissement des os atteint la moitié inférieure de la phalange et la moitié supérieure de la phalangine; le moindre mouvement de l'articulation est empêché et très douloureux.

Les os eux-mêmes sont d'ailleurs absolument indolores à la pression.

Massage, gymnastique articulaire.

28 *août.* — Quelques progrès dans l'articulation du médius : les mouvements spontanés sont un peu plus étendus. Peu de chose du côté de l'annulaire ; craquements très marqués au moindre mouvement; la phalangine tend à former avec la phalange un angle droit et à rester dans cette position.

Une séance de massage est faite tous les matins et l'articulation est mobilisée avec une certaine énergie,

15 *septembre.* — L'enfant, dont l'état général est excellent, part pour Berck-sur-Mer.

Voici son état local au départ :

Coude droit : Quelques craquements sont encore appréciables, mais les mouvements ont leur amplitude régulière.

Médius droit : Le doigt peut être redressé presque complètement; la flexion, par contre, est arrêtée ; la phalangine reste à angle droit sur la phalange ; gonflement considérable, mais indolent, des têtes osseuses et du corps des phalanges. Craquements intra-articulaires nombreux; les mouvements spontanés ou provoqués ne sont pas douloureux, sauf quand on cherche à dépasser l'angle droit dans la flexion.

Annulaire : Mêmes lésions osseuses, mais l'ankylose est ici presque complète; l'extension totale est impossible et le mouvement de flexion le plus étendu fait faire à la phalangine un angle obtus très large avec la phalange. Craquements peu nombreux; atrophie manifeste de tout l'avant-bras droit; diminution considérable de la pression de la main.

Articulation tibio-tarsienne : Quelques craquements encore, mais l'enfant marche facilement : atrophie légère du mollet correspondant.

(La fin au prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1 décembre 1893. — Présidence de M. Fernet.

Sarcome primitif du poumon

M. Ferrand présente l'observation d'une femme de 34 ans, morte d'un sarcome du poumon gauche. L'affection s'était d'abord manifestée par des douleurs intercostales violentes du côté gauche, de la dyspnée, une matité absolue dans le côté gauche du thorax ; à l'auscultation, on percevait, à la base et au sommet du poumon de ce côté, le murmure vésiculaire, tandis qu'il y avait du silence à la partie moyenne ; pas d'égophonie. On crut à une pleurésie interlobaire ; mais plusieurs ponctions pratiquées à diverses hauteurs ne ramenèrent pas de liquide.

Au mois de septembre, la malade était très cachectique ; dans le creux axillaire on trouvait plusieurs ganglions ; pas de ganglion sus claviculaire : le cœur était très déplacé vers la droite ; pas de bacilles dans les crachats ; diminution de l'urée : 14 grammes en vingt-quatre heures. A ce moment, on fit le diagnostic de cancer du poumon.

A l'autopsie, on trouva dans le poumon gauche une volumineuse tumeur en forme de grappe, adhérente au hile pulmonaire et ayant refoulé à la périphérie le parenchyme du poumon qui était réduit à une mince lamelle ; l'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire.

M. Ferrand présente ensuite les pièces d'une malade qui était entrée tout d'abord à l'hôpital, il y a trois semaines, pour des accidents utérins qui firent penser à un épithélioma du col.

Cette femme fut prise, il y a trois jours, d'hémiplégie avec déviation conjuguée des yeux et mourut. A l'autopsie on trouva, outre des végétations valvulaires et les lésions cérébrales, un cancer du foie qui ne s'était manifesté par aucun symptôme.

M. Bourcy a observé un cas semblable au premier cas de M. Ferrand. C'était un homme de 55 ans, qui présentait du cornage et les signes d'un épanchement pleural considérable ; de plus, les ganglions cervicaux droits étaient très développés. Le malade eut une fois une expectoration gelée de groseille. Plusieurs ponctions exploratrices restèrent négatives. Le malade mourut avec des phénomènes de compression de la trachée.

M. Troisier. — L'existence du ganglion sus-claviculaire suffisait pour faire le diagnostic.

M. Fernet admet que l'existence du ganglion sus-claviculaire est d'une grande valeur diagnostique. Mais il pense que bien des lésions viscérales autres que le cancer peuvent le produire, la tuberculose par exemple.

M. Troisier. — Le ganglion sus-claviculaire, dans le cancer, se trouve au niveau de l'embouchure du canal thoracique dans la veine sous-clavière ; on le sent entre les deux faisceaux du sterno-cléido-mastoïdien. Dans la tuberculose, de nombreux ganglions sont pris et, même dans la tuberculose du sommet du poumon, le ganglion sus-claviculaire que M. Troisier a décrit n'est que très rarement atteint.

M. Catrin a observé, chez un tuberculeux à la première période, une polyadénite cervicale double. Peu à peu les ganglions ont disparu et il n'en reste plus actuellement qu'un seul à gauche près de la clavicule. Ce ganglion persistant pourrait donc causer une erreur de diagnostic.

M. Rendu n'est pas convaincu que le ganglion de M. Troisier soit absolument pathognomonique du cancer viscéral. Il a observé une malade, cachectique, présentant ce ganglion et se plaignant de quelques troubles dyspeptiques. On fit le diagnostic de cancer de l'estomac. Or, quatre mois après, cette malade quittait l'hôpital complètement rétablie sous l'influence du repos, de l'hygiène et d'une nourriture assez abondante.

M. Troisier a observé, lui aussi, une malade présentant le ganglion sus-claviculaire, mais sans cachexie ; elle se plaignait de quelques troubles dyspeptiques et de douleurs vives dans le bras. Un chirurgien consulté conseilla, puis pratiqua l'ablation du ganglion. Les douleurs du bras diminuèrent beaucoup ; la malade sortit de l'hôpital dans un état de santé parfait en apparence.

Or l'examen histologique démontra que le ganglion enlevé était cancereux. Dix-huit, mois après la malade mourait avec tous les signes de la cachexie cancéreuse.

Abcès du foie avec pus stérile

M. Laveran. — On a publié plusieurs cas d'abcès du foie avec pus stérile (Kartuliss Netter, Peyrot, Tuffier, Monod, etc.)

M. Laveran a observé l'année dernière un malade venant du Soudan, et qui, en janvier 1892 avait commencé à souffrir de douleurs hépatiques et de dysenterie. En août, le malade entrait au Val-de-Grâce avec un abcès volumineux du foie. L'abcès fut ouvert le 18 août ; après l'opération, un soulagement notable se produisit, mais le malade finit par succomber à la dysenterie chronique.

Cette année, M. Laveran a soigné un officier qui eut au mois de mai dernier, au Soudan, de la dysenterie avec douleurs hépatiques et douleurs irradiées dans l'épaule droite. Au mois de septembre, le malade fut pris de fièvre, de vomissements bilieux ; il avait beaucoup maigri. Le 7 novembre, M. Laveran découvrit chez ce malade une tumeur assez volumineuse du foie, dont le développement avait passé inaperçu. Une ponction exploratrice donna du pus couleur chocolat. Le 10 novembre, l'abcès fut ouvert et on retira 1 litre et demi de pus.

Dans les deux cas qu'il vient de rapporter, M. Laveran fit un examen microscopique immédiat du pus, et il ne put découvrir d'amibes. L'ensemencement du pus sur les différents milieux ne donna aucun résultat.

Dans de nombreux cas d'abcès du foie, on a trouvé des micro-organismes, staphylococcus aureus et albus (Kartulis, Bertrand et Arnaud), streptocoques (Zancarol), bactérium coli, etc. La contradiction entre ces faits est plus apparente que réelle. En effet, le pus reste stérile, semble-t-il, dans les abcès à marche lente; dans les abcès à marche aiguë, au contraire, on trouve des microbes dans le pus.

Il serait intéressant de voir si les micro-organismes peuvent vivre dans le pus stérile.

Quant aux amibes que Kartulis a décrites dans les abcès du foie consécutifs à la dysenterie, et qui ont été retrouvées par Osler, Councilmann et Lafleur, Pasquale, etc., M. Laveran ne les a pas trouvées chez ces malades ; il a vu dans un des faits de grands éléments immobiles, ressemblant à des amibes mortes ; mais il est impossible de se prononcer à ce sujet.

M. Hanot a observé un fait semblable à ceux de M. Laveran chez une négresse atteinte, depuis 5 mois, de douleurs dans la région hépatique. Au bout de ce temps s'était montré un abcès volumineux du foie ; la ponction donna du pus stérile.

M. Netter pense que le pus peut être stérile ; mais il se peut aussi qu'il y ait quelque chose que les procédés actuels de coloration et d'examen ne permettent pas de déceler. En tous cas, ce serait aller trop loin que d'affirmer, comme on l'a fait, que ce pus sans microbes des abcès du foie est inoffensif même lorsqu'il pénètre dans le péritoine.

Forme osseuse du rhumatisme scarlatineux

M. Richardière, en son nom et au nom de M. Péron, fait sous ce titre une intéressante communication que nous reproduirons *in extenso*.

COURRIER

L'incident de la bibliothèque de médecine. — Sans la presse politique, qui a une tendance exagérée à s'occuper des choses médicales, ce petit incident n'aurait pas pris l'extension qui lui a été donnée. Un employé de la bibliothèque s'est trompé, n'a pas eu les égards dus à des étudiantes (car elles l'étaient absolument), on l'a mis à la porte et la question est vidée. On a parlé de galanterie française ; le sexe des personnes à qui on voulait interdire la bibliothèque n'était pour rien dans l'affaire ; les étudiants défendaient une question de droit et voilà tout ; mais ce qui m'a toujours étonné, quoique j'en comprenne la raison ; c'est qu'on choisit pour manifester bruyamment le cours d'un professeur très suivi, aimé des élèves. C'est mal récompenser, il me semble, toute la

peine et le travail que se donne un maître comme M. Mathias Duval, que d'aller lui causer le gros ennui d'interrompre son cours par des cris, des sifflets et mêmes des applaudissements. Pourquoi ne pas se réunir ailleurs ; si on veut manifester. Nous signalons ce fait à la jeunesse des Ecoles qui en tirera certainement profit.

— Le 1er décembre, a été inauguré, à la nouvelle Sorbonne, le laboratoire de psychologie physiologique des hautes études, sous la direction de MM. les docteurs Beaunis et Binet.

Ce laboratoire sera ouvert tous les jours de une heure à quatre heures, pour les élèves inscrits. Le registre d'inscription est ouvert le mercredi de une heure à deux heures au laboratoire.

A partir du 9 décembre, des démonstrations pratiques seront faites au laboratoire par MM. Philippe et Courtier, chef et chef adjoint des travaux, le samedi à deux heures.

Curieuse anatomie du cheveu. — « Avant de songer à faire repousser le cheveu tombé, dit M. Carel du Ham, il était utile de bien connaître sa structure, sa composition, et c'est ce qu'on ne pouvait pas faire. Aujourd'hui, grâce aux progrès de la science, on y est arrivé. J'en ai pour preuve un curieux prospectus qu'on m'a remis dernièrement. On y voit, grossi cent mille fois, le cheveu naissant et le cheveu parvenu à son développement. On le suit *depuis l'os du crâne, où il prend naissance, passant à travers les muscles, la graisse, le derme et l'épiderme, les glandes sudorifiques et le tissu nerveux*, pour apparaître au dehors. On voit les glandes papillaires, celles qui nourrissent sa racine, les organes générateurs des cellules qui le forment, le muscle tuteur qui le maintient, son intérieur, sa surface intérieure, en un mot sa structure complète. C'est véritablement très instructif et très intéressant. (*Figaro* du 26 novembre 1893.)

Programme des cours du collège de France intéressant la médecine pour le premier semestre 1893-1894. — Ces cours commenceront le mercredi 6 décembre 1893.

Médecine. — M. d'Arsonval, suppléant, traitera de l'action de l'électricité sur les êtres vivants, les mercredis et vendredis, à quatre heures et demie.

Histoire naturelle des corps organisés. — M. Marey, professeur.

M. François Franck, suppléant, traitera de l'innervation des vaisseaux sanguins à l'état normal et pathologique, les mercredis et vendredis, à quatre heures.

Anatomie générale. — M. Ranvier traitera du système lymphatique, les mercredis et vendredis, à cinq heures.

École de médecine d'Alger. — M. Duc est nommé préparateur d'histoire naturelle.

École de médecine d'Angers. — M. Lemesle, chef des travaux physiques et chimiques, est chargé d'un cours complémentaire de physique.

M. Sarrazin, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé d'un cours de physique.

École de médecine de Dijon. — Un congé, pour l'année scolaire 1893-1894, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Fleurot, professeur de pathologie chirurgicale.

M. Broussolle, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé d'un cours de pathologie chirurgicale.

École de médecine de Nantes. — M. Badreau est nommé préparateur de chimie et de pharmacie.

École de médecine de Rennes, — Un congé, pour l'année scolaire 1893-1894, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Petit, professeur de pathologie chirurgicale.

M. Dayot, suppléant des chaires de pathologie et de cliniques chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé d'un cours de pathologie chirurgicale.

Ecole de médecine de Tours. — M. Brissonnet, suppléant des chaires de physique et de clinique obstétricale, est chargé d'un cours de pathologie chirurgicale.

Prix des thèses de Lyon pendant l'année 1891-1892. — Médailles d'argent : MM. Besson, Bonan, de Bovis, Forgeot.

Médailles de bronze : MM. Dor, Fabre, Grandjean, Pécheux, Vallet, Lefort, Duchesneau.

Mentions honorables : MM. Berier, Berthet, Capotot, Darricarrère, Durand, Job, Tillier, Tostivint, Visbecq.

Nécrologie.— Nous avons le regret d'annoncer la mort d'unde nos meilleurs collègues de la presse médicale, le Dr Mary Durand, rédacteur du *Courrier médical*, chevalier de la légion d'honneur, officier de l'instruction publique, décédé le 24 novembre à l'âge de 65 ans.

— La Perse a perdu 100,000 de ses habitants en 1892, du fait du choléra. Voici maintenant ce pays de nouveau ravagé par le fléau, qui a déjà fait, cette année, 120,000 victimes, chiffre énorme, si l'on considère que ce pays n'a pas 6 millions d'habitants.

Ecole de médecine d Amiens. — Sont proclamés lauréats :

Première année : Médaille d'argent, M. Renou ; mention très honorable, M. Legrand. — *Deuxième année* : Médaille d'argent, M. Dongny. — *Troisième année* : Médaille d'argent, M. Thuillier ; mention, M. Guilbert. — *Prix de pansement* : Premier prix, M. Niquet ; deuxième prix, M. Lecq ; troisième prix, M. Daudre; mentions : MM. Brulin et Delhomel. Une médaille d'argent a été décernée par le maire d'Amiens à M. Daudré pour les soins donnés aux typhiques.

Ecole de médecine de Caen. — Ont été proclamés lauréats :

Première année : Premier prix *ex æquo*, MM. Guidon et Leroux. — *Deuxième année* : Deuxième prix *ex æquo*: MM. Léger et Milon. — *Troisième année* : Premier prix, M. Célos; deuxième prix, M. Mazier. — *Travaux chimiques* : Premier prix, M. Duval; deuxième prix, M. Bizot; mention honorable, MM. Carlet et Leroux. — *Prix Le Sauvage* : Premier prix, M. Milon; deuxième prix, M. Léger. — *Prix Dan de La Vauterie* : M. Mazier.

— L'eau de mer est généralement pauvre en microbes, malgré l'apport incessant des rivières. Dans la baie de Naples, à 2,500 mètres du rivage, on trouve 10 microbes par centimètre cube. Il faut bien dire aussi que Naples est particulièrement malpropre et riche en microbes, et si l'on examine l'eau de la pleine mer, le chiffre des hôtes diminue. Mais tandis que l'eau est relativement pauvre, la boue est généralement très riche. Cette boue marine renferme de 10,000 à 30,000 microbes par centimètre cube sur les côtes de l'Amérique du Nord, mais dans la boue de Naples la proportion est infiniment plus élevée. Il va de soi que la différence de température est pour beaucoup dans cette richesse peu enviable des eaux de la baie proverbialement admirable.

(*Revue scientifique*.)

Attentat dun fou contre un médecin. — M. le professeur Mairet, de Montpellier, directeur de l'asile des aliénés, faisait sa visite le 16 novembre dernier quand un fou, armé d'un morceau de bois pointu, se précipita sur lui et lui porta un coup sur la joue droite, qui fut perforée. Une hémorrhagie importante eut lieu. Le professeur fut ramené à son domicile ; aucune complication n'est survenue.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.



Sommaire

A propos du décret organisant le stage hospitalier et les cliniques annexes

Comme nous l'avions fait pressentir dans notre dernier numéro, le *décret relatif au stage hospitalier et aux cliniques annexes*, par son importance même, doit nécessairement soulever des discussions et quelques controverses. La seule façon de bien connaître la question est de mettre au jour les différentes façons de l'envisager ; aussi la tribune de l'*Union médicale* ne peut-elle qu'être ouverte aux hommes compétents qui ont un avis à exprimer, et nous soumettons aujourd'hui au lecteur l'exposé de quelques conséquences qu'entraînera l'exécution de ce décret.

On se souvient que lorsque la Faculté sentant l'insuffisance de son enseignement clinique s'efforça d'y porter remède, elle eut l'idée, par l'organe d'un de ses membres les plus justement estimés, le professeur Potain, de soumettre la question à la Société médicale des hôpitaux. Cette dernière accepta le programme de M. Potain.

La Société des chirurgiens des hôpitaux, par l'organe de son rapporteur, M. Reclus, crut devoir s'abstenir de formuler son avis, ou plutôt demanda le *statu quo*. Il en fut de même des accoucheurs. La Faculté, considérant cette abstention comme un acquiescement, passa outre, fit accepter et signer le décret publié précédemment dans l'*Union médicale* (1).

La lecture de ce document peut prêter à plusieurs considérations, touchant les élèves, les maîtres et les services.

Il y est dit, tout d'abord, que l'on répartira les élèves en séries de vingt dans les services hospitaliers, dont les titulaires seront désignés par une Commission composée de huit membres, quatre par la Faculté et quatre par l'Assistance publique.

Le directeur de cette administration soumettra à la Commission le projet de répartition des services, et la Commission dressera une liste de présentation de deux membres, au moins si possible, pour chaque titulaire.

Chaque groupe de stagiaires sera composé d'élèves appartenant à une même année de stage et les plus jeunes seront dans les hôpitaux excentriques.

Voilà les principales lignes du décret.

La Faculté a le droit d'organiser son enseignement comme bon lui semble, personne n'a rien à y voir ; mais le jour où elle emprunte les services de l'Assistance publique, elle doit compter avec cette dernière, et comme celle-ci va participer ainsi à l'enseignement des élèves de la Faculté, elle a le droit d'émettre son avis. C'est ainsi, du reste, que le décret le comprend. On pourrait aussi se demander si le Conseil municipal, qui fournit des fonds pour l'Assistance proprement dite et même pour l'enseignement, ne va pas s'occuper de cette importante question.

(1) Voir le numéro du 2 décembre 1893.

Ceci posé, que va-t-il advenir?

L'immense majorité des élèves va être répartie dans un petit nombre de services hospitaliers, et les autres hôpitaux en seront dépourvus. Plusieurs des titulaires qui ne demandent qu'à enseigner et à faire profiter les élèves de leur expérience se verront, par ce fait, privés d'un auditoire. Or, ceux qui enseignent sont, d'une manière générale, ceux qui s'occupent le plus de leur service; de sorte que l'Assistance publique va léser ainsi ceux qu'elle devrait le plus favoriser.

Voyons les élèves.

Ceux-ci vont actuellement là où ils pensent apprendre le plus. Si c'est un professeur de la Faculté, ils vont chez ce professeur; si c'est un médecin ou chirurgien des hôpitaux, ils vont chez ce médecin ou ce chirurgien, et on pourrait citer tel ou tel professeur qui n'a dû son entrée à la Faculté qu'à son enseignement dans les hôpitaux.

Pourquoi, dès lors, imposer aux élèves le choix de celui qui sera chargé de leur apprendre la clinique? Tel genre d'enseignement conviendra mieux à tel élève, qui n'apprendra rien là où un autre pourra apprendre beaucoup. De plus, on éloignera les élèves de certains services très courus parce que l'hôpital où ils sont ne sera pas parmi ceux qui sont désignés pour l'enseignement, ou parce que ces services ne seront pas eux-mêmes désignés.

Enfin, une dernière objection!

Les services où l'on donnera l'enseignement auront besoin de tous les accessoires de la clinique, telles que salles d'autopsies bien montées, laboratoires, animaux pour inoculations, etc. Qui payera cela? L'Assistance publique, dit-on, ne doit rien débourser! et, si nous prenons les services de chirurgie, on constate qu'un très grand nombre d'entre eux ne sont pas organisés pour l'enseignement et n'ont pas d'amphithéâtre. Or, les élèves doivent être instruits sur toutes les questions qui touchent à la chirurgie, et ils doivent, d'après le décret sur la réorganisation de l'enseignement clinique (que citait ici même le professeur Duplay dans son discours d'ouverture et de prise de possession de la chaire de l'Hôtel-Dieu) assister aux opérations et voir appliquer le procédé opératoire qui leur a été indiqué comme le meilleur.

Comment pourra-t-on faire assister vingt élèves, plus les internes, à l'intervention? Dans certains hôpitaux, il est impossible de tenir plus de dix dans la salle d'opération.

Et alors pourquoi cette inégalité de traitement entre les étudiants d'une même Faculté?

Ceux-ci ne devraient-ils pas avoir le droit d'aller où bon leur semble et d'être le cinquantième dans le service d'Y, s'ils préfèrent cette situation à celle de premier sous les ordres de Z?

Forme osseuse du rhumatisme scarlatineux

Par MM. Richardière, médecin des hôpitaux et Péron, interne des hôpitaux (1)

I

Observation II. — Le 1er août, quand nous prenons le pavillon de la scarlatine, nous trouvons au nº 4 l'enfant Gl.... âgé de 6 ans, atteint de néphrite scarlatineuse.

Voici les renseignements que nous donne la suppléante chargée du pavillon. Gl .. est

(1) Voir le numéro du 5 décembre 1893.

entré le 24 juillet, salle Barrier, service du Dr Legroux, pour anasarque ; le lendemain il a été passé au pavillon de la scarlatine parce qu'il représentait une desquamation typique. D'autre part, l'interrogatoire des parents nous apprend que trois semaines auparavant, brusquement, l'enfant avait été pris d'une fièvre vive, de mal à la gorge et d'une éruption généralisée survenue dans les vingt-quatre heures. La néphrite se serait manifestée seulement trois jours (?) avant l'entrée à l'hôpital par de l'anasarque.

L'enfant est resté au régime lacté depuis huit jours. Il avait à son entrée 2 gr. 50 d'albumine (tube d'Esbach).

Etat le 1er août.— L'enfant, grand et vigoureux pour son âge, est très pâle ; il n'a plus d'œdème ; les urines, 500 à 600 grammes dans les vingt-quatre heures sont foncées et troubles ; elles contiennent encore un nuage épais d'albumine. Pas de signe d'insuffisance rénale.

Le 2 *août.*— Gl... se plaint de douleurs assez vives dans le poignet gauche et les deux genoux.

Le 3 *août.*— Les douleurs vont en s'accentuant et le 4 la température monte ; les jointures, qui jusqu'ici n'avaient pas présenté d'augmentation de volume appréciable, se mettent à gonfler. L'examen des genoux, très douloureux, fait constater de l'epanchement, du côté gauche surtout. Le dos de la main gauche, dans la région du métacarpe, est enflé, tendu et les plus légers mouvements de flexion et d'extension du poignet arrachent des cris au malade.

Rien au cœur, rien dans la poitrine. Le foie ne déborde pas les fausses côtes ; la rate n'est pas appréciable à la palpation ; la gorge et la langue sont encore un peu rouges ; les oreilles ne coulent pas.

Enveloppement ouaté compressif.

7 *août.* — L'enfant se plaint beaucoup, il est absolument immobile dans son lit et pousse des cris perçants quand on veut l'examiner. Epanchement peu abondant dans le genou. Les urines contiennent encore de l'albumine.

Régime lacté exclusif.

11 *août.* — Le genou droit est moins douloureux, l'épanchement a rétrocédé ; par contre, le genou gauche est de plus en plus atteint ; l'épanchement intra-articulaire a augmenté, les insertions des ligaments latéraux sont très douloureux à la pression. Les muscles des cuisses des deux côtés s'atrophient rapidement. L'enfant maigrit, d'ailleurs, beaucoup ; il est très pâle, dénourri ; les urines peu abondantes ; elles oscillent entre 300 et 500 grammes dans les vingt-quatre heures et contiennent encore de l'albumine.

19 *août.* — L'enfant va de mal en pis. Le poignet gauche est très volumineux ; la peau est lisse et tendue ; les plus légers mouvements de la jointure sont extrêment douloureux ; atrophie manifeste de l'avant-bras correspondant ; le genou droit est aujourd'hui complètement libre ; l'épanchement constaté dans le genou gauche diminue ; mais l'articulation reste très douloureuse. L'amaigrissement est effrayant, l'enfant présente une escharre au sacrum et la peau est rouge au niveau du grand trochanter droit sur lequel Gl... reste toujours couché. Les urines ne contiennent plus qu'un nuage léger d'albumine L'examen des poumons fait avec soin, à cause de l'état de maigreur de l'enfant, ne permet cependant de constater aucun signe de tuberculose pulmonaire.

22 *août.* — Gl... se cachectise de plus en plus, mais les urines ne contiennent plus d'albumine. Reprise de l'alimentation, viande crue, toniques, extrait mou de quinquina. L'état des jointures malades est stationnaire.

30 *août.* — Gl... reprend assez vite de l'embonpoint ; il mange avec voracité. Le gonflement du poignet a beaucoup diminué ; l'articulation, encore douloureuse, permet

quelques légers mouvements; provoqués, ces mouvements déterminent des craquements secs intra-articulaires.

Il n'y a plus d'épanchement appréciable dans le genou, mais les extrémités osseuses paraissent gonflées, surtout par comparaison avec le côté opposé; ce gonflement porte presque exclusivement sur le plateau tibial; l'articulation est encore très douloureuse; à peine obtient-on un commencement de flexion, et dans ce mouvement des craquements nombreux et secs sont perçus.

10 *septembre*. — L'enfant, qui a repris bonne mine et qui est plus gai, retourne dans la salle commune.

17 *septembre*. — Au retour de M. Sevestre, qui voit le malade pour la première fois, l'état local est le suivant :

Poignet gauche : Plus de gonflement, légers craquements intra-articulaires; l'enfant commence à exécuter lui-même quelques mouvements. Atrophie considérable de l'avant-bras droit.

Genou gauche : Gonflement considérable du plateau tibial; ce gonflement descend jusqu'à une ligne horizontale passant par la tubérosité antérieure de l'os; pas de douleurs à la pression des os malades; les condyles fémoraux sont beaucoup moins atteints. Craquements nombreux intra-articulaires; quelques légers mouvements de flexion provoqués sont possibles et ne déterminent pas trop de douleurs. L'état général est bon; l'enfant a bonne mine, il a repris de l'embonpoint et de la gaîté.

22 *septembre*. — Gl... souffre un peu de son genou, dans lequel l'épanchement reparaît. Pointes de feu sur le genou et sur le poignet; enveloppement des articulations par des bandelettes de vigo, compression ouatée énergique.

1er *octobre*. — L'enfant ne souffre plus du poignet; on enlève son pansement. Plus d'épanchement dans le genou, moins de craquements; mais, par contre, on constate de la laxité ligamenteuse; le genou présente des mouvements de latéralité, le plateau tibial est toujours très volumineux. Les mouvements d'extension et de flexion augmentent d'amplitude; nouvelle application de pointes de feu.

11 *octobre*. — L'enfant se sert de son poignet; il n'en souffre plus du tout; le genou lui-même est moins douloureux. Gl... exécute quelques mouvements spontanément; on peut fléchir assez fortement la jambe sans déterminer de vives douleurs; on essaie en vain de faire tenir l'enfant debout; il reste d'ailleurs une atrophie considérable de tout le membre inférieur droit.

20 *octobre*. — L'étendue des mouvements de flexion augmente. Gl... commence à s'appuyer sur la jambe.

25 *octobre*. — Etat actuel du genou : la flexion dépasse l'angle droit. Il persiste dans les mouvements extrêmes quelques craquements. Il y a encore quelques légers mouvements de latéralité dans l'extension complète de la jambe sur la cuisse. Le cul-de-sac synovial supérieur a son volume normal. Par contre, le cul-de-sac inférieur est encore gros. La pression sur les insertions ligamenteuses latérales n'est plus douloureuse. La rotule est normale. Les extrémités condyliennes des fémurs, mesurées au compas d'épaisseur à droite et à gauche, donnent 6 centimètres des deux côtés.

Le tibia gauche, par contre, donne 7 centimètres; cuisse gauche, 22 centimètres; mollet gauche, 16 centimètres; cuisse droite, 21 centimètres; mollet droit, 17 centimètres.

Les mensurations ont été faites sur des points symétriques. La pression des os n'est nulle part douloureuse. L'enfant marche en s'appuyant sur une chaise.

III

Les arthrites scarlatineuses, avec lésions des os, que nous avons observées se sont montrées à une époque tardive. Dans le premier cas, les symptômes ont fait leur apparition le trente-cinquième jour après le début de la scarlatine, dans le deuxième cas, le trente-deuxième jour. Le rhumatisme scarlatineux est ordinairement beaucoup plus précoce. Sur 62 cas observés à l'hôpital Belvédère, Carslau a vu les accidents articulaires débuter 5 fois à la fin de la deuxième semaine, 13 fois du neuvième au douzième jour, 43 fois vers le huitième jour, 34 fois entre le cinquième et le septième jour, 1 fois le même jour que la scarlatine.

Les scarlatines qui se sont compliquées de cette forme d'arthrite ont été relativement bénignes. Dans un cas, la fièvre n'a duré que trois jours. Dans l'autre cas, la maladie infectieuse plus grave a été accompagnée de néphrite.

Dans aucun des cas nous n'avons noté l'existence de symptômes prémonitoires, permettant de prévoir le développement d'accidents articulaires graves. Les articulations sont restées indolores jusqu'à l'apparition tardive de l'arthrite plus d'un mois après le début de la scarlatine.

Le début des arthropathies s'est fait d'une façon significative par une élévation considérable de la température. Normale les jours précédents, la température est montée dès le premier jour à 39°5 (obs. I) et le troisième jour à 39°8 (obs. II).

En même temps qu'ils avaient cette élévation de température, les malades ont accusé des douleurs vagues dans les membres. Les mouvements de plusieurs jointures sont devenus douloureux. La palpation de ces jointures occasionnait de la douleur. Pendant plusieurs jours la douleur a été le symptôme essentiel, presque uniquement appréciable. La peau n'a pas été rouge, sa couleur n'a pas été modifiée.

En plusieurs points, l'examen méthodique des grandes articulations a permis de constater l'existence d'un épanchement intra-articulaire. Pendant les premiers jours, l'inflammation articulaire, qui paraissait généralisée, a présenté une assez grande mobilité. Certaines jointures malades un jour, étaient complètement débarrassées le lendemain, alors que d'autres, indemnes jusque-là, se prenaient à leur tour. Cette période de généralisation et de mobilité a duré de 10 à 12 jours. Elle a été une période fébrile. Le thermomètre est resté presque constamment au-dessus de 38°, s'élevant souvent à 39° et plus, le soir, avec des rémissions matinales très notables.

A cette période a succédé une période d'état, pendant laquelle la température est redevenue normale, alors que les lésions se fixaient d'une façon définitive sur un petit nombre de jointures et y déterminaient des altérations considérables. Notons qu'à ce moment, la plupart des jointures primitivement touchées étaient redevenues normales. Dans ces jointures, la douleur avait disparu. Les mouvements étaient de nouveau possibles et même faciles. Il persistait seulement quelques craquements articulaires plus ou moins marqués. C'est pendant cette période d'état, que nous avons noté l'existence des lésions osseuses, qui nous paraissent spéciales à cette forme de rhumatisme scarlatineux.

Dans l'observation I, l'inflammation articulaire a été localisée sur l'arti-

culation tibio-tarsienne droite, sur l'articulation du coude droit, et tout particulièrement sur les deux articulations phalango-phalanginiennes du médius et de l'annulaire droit Ces articulations ont présenté des signes manifestes d'inflammation caractérisée par la douleur et l'état de la peau. Plus tard, elles sont devenues énormes par suite du gonflement des extrémités osseuses, appréciable à la vue et à la palpation. Le gonflement osseux était très étendu et occupait la moitié inférieure de la phalange et la moitié supérieure de la phalangine.

Dans l'observation II le genou gauche a seul présenté des lésions osseuses, Ces lésions ont été limitées à l'extrémité tibiale qui était très développée. La mensuration pratiquée, au moment où la maladie était terminée, au niveau des deux genoux donnait pour le plateau tibial gauche 7 centimètres alors que le droit n'en avait que 6 et demi.

Dans les jointures, sur lesquelles l'inflammation se fixe d'une façon définitive, l'épanchement augmente, sans cependant devenir très considérable. Les douleurs prennent un caractère d'acuité tel que les enfants, couchés obstinément sur les régions saines, poussent de véritables hurlements de douleur au moindre examen. Toute tentative de mouvement est extrêmement douloureuse, elle est d'ailleurs rendue à peu près impossible par la contraction des muscles entourant l'articulation. Très rapidement les muscles voisins de l'articulation s'atrophient. L'atrophie est souvent appréciable dans les 4 ou 5 jours qui suivent le début de l'arthrite. Elle persiste et tend à s'accentuer. Pendant une ou deux semaines, les phénomènes d'arthrite aiguë persistent dans les jointures malades, sans atténuation. Puis l'épanchement diminue et tend à disparaître. L'état de l'articulation devient alors plus facilement appréciable et on constate par l'inspection et par la palpation que les extrémités articulaires sont considérablement augmentées de volume. L'augmentation de volume des extrémités osseuses s'accompagne de rougeur de la peau et d'œdème péri-articulaire. L'état de la jointure donne à ce moment l'impression de l'arthrite tuberculeuse. Pendant plusieurs jours, nous avons cru que notre malade de l'observation I, qui avait eu, antérieurement à sa scarlatine, des abcès tuberculeux, était atteint d'une poussée d'arthrite tuberculeuse. La marche de l'arthrite permet toutefois d'éviter cette erreur. En effet, on constate bientôt que les synoviales ne s'épaississent pas d'une manière appréciable et qu'il ne s'y forme pas de fongosités. On note seulement un épaississement diffus des culs de sac synoviaux et des craquements secs très nombreux. Les os sont très volumineux, mais ils ne sont pas douloureux à la palpation. Au début, il semble que l'augmentation de volume porte sur toutes les parties osseuses; plus tard, il peut se faire qu'une seule extrémité osseuse reste anormalement développée, l'autre ayant repris son volume normal. C'est ainsi que chez notre second malade, le tibia est resté seul intéressé ; la rotule et les condyles fémoraux avaient leur volume normal.

En tous cas, les épiphyses sont gonflées dans leur ensemble. Il n'existe pas d'ostéophytes ni de productions osseuses faisant relief à la surface de l'os. Ainsi constituée à la période d'état, cette forme spéciale d'arthrite scarlatineuse peut aboutir à l'ankylose ou à la guérison.

Dans l'observation I, l'ankylose a été la terminaison de deux des arthrites des doigts. Les articulations se sont trouvées en fin de compte immobilisées

dans une position vicieuse. Les mouvements spontanés étaient impossibles. Les mouvements communiqués étaient extrêmement douloureux et seulement possibles dans une faible étendue.

Quand l'arthrite évolue dans le sens de la guérison, les craquements diminuent de nombre et d'intensité. L'amplitude des mouvements augmente lentement. Les glissements articulaires se font plus facilement. Toutefois, le rétablissement complet est très lent à s'effectuer. L'articulation reste très impressionnable, il suffit quelquefois d'une tentative un peu trop précipitée de mobilisation articulaire pour ramener l'épanchement et produire une nouvelle poussée d'arthrite aiguë.

Les extrémités osseuses ne diminuent de volume qu'avec une très grande lenteur; quelques-unes paraissent devoir toujours garder un volume plus considérable, même en cas de guérison de l'arthrite sans ankylose.

L'atrophie musculaire, très considérable, a persisté dans nos deux observations, même après la guérison. En raison de cette atrophie ce n'est vraisembtablement qu'au bout de plusieurs mois que notre second malade, moins atteint au point de vue articulaire, pourra se servir suffisamment de sa jambe.

Les lésions osseuses sont rares dans les arthrites infectieuses, non sup-, purées. Le plus ordinairement, les arthrites infectieuses, à forme séreuse évoluent comme l'arthrite scarlatineuse séreuse dans sa forme la plus commune. Seules, les parties molles de la jointure sont intéressées et participent au processus inflammatoire.

Il existe cependant une arthrite infectieuse dans laquelle ces lésions osseuses ont été signalées ; nous voulons parler de l'arthrite blennorrhagique. Le rhumatisme osseux a été décrit par Garrod, Charcot, Lorrain et Tixier comme une des formes possibles de l'orchite blennorrhagique.

La forme osseuse du rhumatisme blennorrhagique est comparable à beaucoup de points de vue avec la forme osseuse du rhumatisme scarlatineux. Dans la plupart des cas, en effet, il s'agit d'un gonflement plus ou moins notable des extrémités osseuses. Ce gonflement signalé par Vaelker et par Brun est appréciable à la vue et surtout par la palpation exercée au niveau des extrémités articulaires. Il persiste ordinairement pendant une longue durée, alors que les phénomènes inflammatoires ont disparu depuis longtemps.

La forme osseuse du rhumatisme blennorrhagique n'amène pas non plus, la formation d'exostoses ni la production de corps étrangers intra-articulaires. Comme le rhumatisme scarlatineux à forme osseuse, elle peut causer des rétractions tendineuses qui altèrent la situation réciproque des segments du membre. L'atrophie des muscles l'accompagne presque constamment.

La comparaison de ces faits observés dans des arthrites infectieuses (l'arthrite blennorrhagique et l'arthrite scarlatineuse) montre que les lésions des extrémités osseuses peuvent être observées dans les arthrites infectieuses d'origine diverse et qu'il s'agit, en pareil cas, d'une lésion d'ordre général qui n'a rien de spécial à la scarlatine.

Les arthropathies à forme osseuse de la scarlatine évoluent en deux périodes.

Pendant une première (période de début) les arthrites ont une tendance

marquée à se généraliser. Elles sont essentiellement mobiles. Les symptômes en rapport avec l'inflammation articulaire sont peu intenses. La douleur existe presque seule. Aussi n'est-il pas nécessaire d'instituer, pendant cette période, un traitement énergique. La mobilité des fluxions articulaires rend inutile tout traitement local. Pour calmer la douleur on peut cependant prescrire des badigeonnages avec du laudanum ou des applications de pommades opiacées ou belladonées. Un bon moyen de calmer les douleurs consiste à immobiliser les jointures avec un pansement ouaté légèrement compressif.

Pendant une deuxième période, les symptômes cliniques des arthrites sont tout à fait différents. Elles sont alors peu nombreuses et remarquablement fixes. L'inflammation se localise sur un petit groupe de jointures et y détermine des lésions graves des parties molles et des os, aboutissant parfois à l'ankylose. De plus, les douleurs sont extrêmement vives à l'occasion du moindre mouvement. Instinctivement les malades mettent leurs membres dans une position, bonne sur le moment pour diminuer la douleur, mais défectueuse au point de vue du fonctionnement ultérieur, si l'ankylose se produit. Dans ces conditions, le traitement indiqué est celui qui est reconnu indispensable dans l'arthrite blennorrhagique comme dans toute arthrite grave, à tendance ankylosante. Ce traitement consiste dans l'immobilisation des jointures malades par des appareils plâtrés ou silicatés.

L'immobilisation doit être faite de bonne heure, dès les premiers jours de la période d'état, alors que l'inflammation s'est fixée définitivement sur quelques jointures et que la température est redevenue normale.

Toutes les jointures malades seront immobilisées. La chose est possible, car comme nous l'avons dit, il n'y a, le plus souvent, qu'un très petit nombre d'articulations malades. Chez notre malade de l'observation II, une seule jointure (le genou) a présenté des lésions graves persistant pendant la période d'état.

La durée de l'immobilisation est impossible à préciser. Elle nous paraît nécessaire tant qu'il existe des signes d'inflammation aiguë. La disparition de l'épanchement indique généralement la fin de l'état aigu. Elle annonce que l'immobilisation pourra être cessée dans un délai rapproché.

Une fois les appareils enlevés, on commence à faire exécuter quelques mouvements. Les premières tentatives de mobilisation de la jointure doivent être faites avec une grande prudence ; quand elles sont prématurées, elles peuvent, comme nous l'avons vu dans un cas, occasionner une nouvelle poussée d'inflammation articulaire avec douleur et avec épanchement.

Quand la convalescence est définitivement établie, l'ankylose, les raideurs articulaires et l'atrophie des muscles dominent la situation. L'électrisation, les massages, les bains deviennent alors nécessaires.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 décembre 1893. — Présidence de M. Laboulbène

Une petite surprise pour commencer. La Commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire avait placé en première ligne M. Raillet et en deuxième ligne, ex-œquo, MM. Barrier, Benjamin, Cadiot, Kauffmann et Mégnin, et M. Mégnin a été élu par 55 voix, tandis que M. Raillot n'en obtenait que 26. Une fois, par hasard, la Commission a proposé et l'Académie a disposé.

Après le petit brouhaha inévitable qui a suivi l'élection, l'Académie a écouté, avec un vif intérêt, une communication de M. A. Robin.

Des albuminuries phosphaturiques

L'auteur a découvert une nouvelle espèce d'albuminurie liée à un trouble de la nutrition, qui demeure fonctionnelle pendant un temps assez long, aboutit probablement à une lésion rénale, mais qui, pendant sa période fonctionnelle, guérit le plus souvent : c'est l'albuminurie phosphaturique.

Le trouble de nutrition qui l'engendre présente l'arthritisme comme cause prédisposante, le surmenage nerveux et la suralimentation comme causes déterminantes principales.

Ce trouble est caractérisé par une dénutrition exagérée, surtout dans les organes riches en phosphore, par une assimilation incomplète des phosphates alimentaires, par une déperdition urinaire de l'acide phosphorique, par une dénutrition exagérée des globules rouges et par une diminution relative des oxydations.

Son syndrome urologique essentiel consiste dans la coexistence de l'albuminurie avec la phosphaturie.

Cliniquement, cette nouvelle albuminurie comporte quatre variétés :

1° Albuminurie phosphaturique simple, comprise jusqu'ici dans les albuminuries physiologiques;

2° Albuminurie phosphaturique pseudo-neurasthénique ;

3° Albuminurie phosphaturique pseudo-brightique ou pré-brightique la plus fréquente ;

4° Albuminurie brightique d'origine phosphaturique.

Le traitement, souvent employé avec succès dans les trois premières variétés, aura pour base la lutte contre les causes de l'affection par l'hygiène et le régime alimentaire Le traitement médicamenteux visera seulement les troubles des échanges nutritifs.

— Puis M. Worms, revenant sur un sujet qui lui est familier, a entretenu ses collègues de l'hygiène des diabétiques.

Diabète à évolution lente

Un diabétique dont la maladie évolue lentement a dix chances de vivre fort longtemps et, peut même parfois guérir.

Le diabète est plus fréquent aujourd'hui qu'autrefois. Cependant, sur 600 ouvriers, non malades, d'une grande administration, M. Worms n'a pas une seule fois trouvé du sucre. Par contre, sur 100 personnes d'un ordre social plus élevé et exerçant une profession sédentaire, il a découvert 7 diabétiques.

Le diabète lent, sans symptômes, est donc relativement fréquent chez les personnes

placées dans la seconde catégorie. On peut en distinguer trois formes selon qu'il est facilement réductible; — irréductible; — périodique ou intermittent.

Dans la première forme, les urines renferment 15 à 20 grammes de sucre que l'on peut facilement faire disparaître.

La glycosurie ne peut au contraire être supprimée dans la forme irréductible et, malgré cela, les malades, qui ont une quantité de sucre assez abondante, ne se plaignent de rien.

Enfin, dans la troisième forme, le sucre apparaît de temps à autre en quantités parfois considérables et souvent sous l'influence d'émotions morales; il disparaît du reste sans que le malade soit forcé de s'astreindre indéfiniment à un régime particulier.

Pour M. Worms, tout diabétique doit pouvoir faire non seulement l'analyse qualitative, mais encore l'analyse quantitative de son urine, car il lui est ainsi possible de voir si le régime agit, de surveiller l'effet de certains aliments qui peuvent être nuisibles pour l'un et inoffensifs pour l'autre. Les malades devront aussi savoir prendre la densité de leur urine et il faut que le dosage de l'urine soit pris souvent.

Le régime doit être prescrit à tout sujet dont les urines renferment du sucre. La diète carnée doit être ordonnée si, au bout de 48 heures, un régime mitigé n'a pas fait diminuer la glycosurie. Souvent, il suffit, pour obtenir ce résultat, d'abaisser beaucoup la quantité de pain, de défendre l'usage du sucre, des féculents, des fruits.

De même que la plupart des auteurs, M. Worms insiste sur la nécessité de rendre le régime tolérable, si le diabétique diminue de poids sous son influence, il ne faut pas craindre de le prescrire moins sévère, quitte à laisser une certaine quantité de sucre dans l'urine.

La forme irréductible lente exige plus d'exactitude dans le régime qu'il faut surveiller attentivement dès que la quantité de sucre dépasse 20 grammes par litre.

Enfin, dans la forme intermittente, une fois la réduction obtenue, on se bornera à vérifier souvent l'état des urines afin de pouvoir intervenir de suite si le sucre reparaît.

M. Worms, en dehors du régime, recommande l'exercice, les eaux bi-carbonatées sodiques ou arsénicales et surtout le sulfate de quinine qui, associé au régime, permet, d'une part, d'obtenir une réduction dans un temps plus court, d'autre part, d'accorder au malade une plus grande quantité d'aliments hydro-carbonés.

— L'Académie a aussi prêté toute son attention à la lecture d'un rapport de M. Chauvel.

Sur l'action des projectiles de 6 millimètres et demi.

M. Démosthène (de Bucharest), a fait de nombreuses expériences sur des chevaux morts et des cadavres humains ; une partie de ces tirs a été faite aux distances réelles. ce qui donne beaucoup d'intérêt aux résultats obtenus. C'est ainsi qu'à 600 mètres, sur six cadavres placés l'un derrière l'autre, trois ont pu être traversé par la même balle.

Le projectile ne s'échauffe pas lorsqu'il n'est pas arrêté subitement et il a pu traverser une boîte de soufre sans enflammer ce dernier.

Les chirurgiens allemands avaient cru devoir accorder aux nouveaux projectiles l'épithète d' « humanitaires ». En réalité ils peuvent produire les blessures les plus graves et il en est de même, du reste, de la balle du fusil Lebel, d'après les expériences de M. Chauvel.

Les hémorrhagies immédiates sont très abondantes et très fréquentes, même quand les gros vaisseaux ne sont pas atteints; les épiphyses, les os longs, les os courts, sont fracassés et il se produit un grand nombre d'esquilles.

Les blessures du poumon, même n'intéressant par les gros vaisseaux, peuvent déter-

miner des hémorrhagies mortelles. Les blessures de l'intestin, s'il est plein, revêtent la forme d'une sorte d'éclatement du viscère.

Avec les armes nouvelles, les blessures seront certainement plus graves et plus difficiles à soigner et il est nécessaire de renforcer le service de santé de l'armée non seulement en médecins mais encore en auxiliaires.

Mentionnons enfin la lecture faite, par M. MAGITOT, d'un rapport sur un travail de M. Jarre, relatif à la pathogénie et au traitement du tic douloureux de la face. Pour l'auteur, il s'agirait, dans ces cas, d'une névrite cicatricielle du bord alvéolaire que l'on doit traiter par la rugination ou la cautérisation de ce bord.

COURRIER

SYNDICATS MÉDICAUX ET ADMINISTRATION. — Nous reproduisons d'après le *Journal officiel* un extrait du rapport adressé par l'*ancien président du conseil,* ministre de l'Intérieur, à M. le Président de la République.

« A ce sujet, dit le ministre, j'ai le regret de vous informer qu'une certaine partie du corps médical manifeste une tendance à la coalition contre les traités en usage entre les médecins et les sociétés de secours mutuels. A la faveur de la loi sur l'exercice de la médecine, votée en novembre 1892, qui permet, en son article 13, aux médecins de bénéficier de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels, des syndicats médicaux se sont formés et ont émis la prétention d'empêcher les médecins de soigner à l'abonnement les malades de ces associations et de faire des visites au-dessous d'un tarif minimum, établi par ces syndicats, sous peine d'exclusion et de mise à l'index. Un syndicat du département de la Seine, notamment, a pris l'initiative de ces mesures arbitraires, qui portent atteinte à la liberté du travail et frappent des groupements philanthropiques de travailleurs habitués jusqu'à présent à la bienveillance de tout le monde.

« Il y aurait à craindre que la suppression de l'abonnement, pour le traitement des malades mutualistes, ne donnât carrière à l'abus des visites qui a déjà motivé les réclamations d'un grand nombre de sociétés. D'autre part, serait-il équitable d'obliger les jeunes médecins dont la clientèle n'est pas encore faite à ne pas exercer leur profession en dehors de règles autoritaires établies contre leur gré? Les sociétés de secours mutuels favorisent l'art de la médecine, en ce sens qu'elles permettent aux jeunes médecins qui y sont attachés d'acquérir l'expérience qui leur manque, et le système de l'abonnement les facilite dans cette tâche. L'individu hésite à confier sa santé aux débutants. La collectivité les accepte moyennant des prix modiques. Donc, les sociétés de secours mutuels rendent service à ces jeunes médecins, et ceux-ci, tout en se perfectionnant, font acte de réciprocité. Pourquoi, dès lors, entraver cette liberté de part et d'autre? Il faut espérer que le corps médical pris dans son ensemble, et dont le dévouement n'est pas mis en doute, ne se prêtera pas à cette combinaison, et que cette tentative émanée de membres d'une corporation qui jouit déjà d'un monopole n'aura pas de suites. L'institution des sociétés de secours mutuels ne doit pas être un objet de spéculation, et beaucoup de médecins dont les moyens d'existence sont assurés le comprennent si bien qu'ils donnent gratuitement leurs soins aux personnes qui les composent. »

C'est le cas de dire que la vérité ne sort pas toujours *du puits* !

Comment, on peut trouver bizarre, extraordinaire, stupéfiant, que les médecins se réunissent pour défendre leurs droits, quand d'autres hommes se réunissent en sociétés de secours mutuels pour les exploiter ! C'est vraiment étonnant ! Le médecin a toujours donné et donnera toujours ses soins pour rien quand son devoir l'appellera ; mais, de là à le mettre en coupe réglée, à s'unir à une société pour ne payer une visite que 50 centimes, il y a un monde ! et jamais aucun docteur, jeune ou vieux, ne consentira à l'abaissement forcé de sa situation, causé par un salaire dérisoire.

INAUGURATION D'UNE CRÈCHE A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — Dimanche, a eu lieu, à la Charité, l'inauguration d'une crèche modèle destinée aux femmes malades ayant des enfants âgés de deux ans au maximum. Cette crèche est située dans l'ancienne salle du service d'accouchements. Elle comprend neuf lits et neuf berceaux.

A PROPOS DU LANGAGE DES SINGES. — On se souvient d'un certain M. Garnier, parti pour l'Afrique afin d'y étudier le langage des singes. Il vient de rentrer à Liverpool, après avoir passé cent un jours dans la fameuse cage en acier qu'il s'était fait construire pour vivre avec les singes. Il se loue des rapports qu'il eu avec ces animaux et il prétend même que leur langage n'a plus de secrets pour lui.

HÔPITAL D'ELBEUF. — Un concours pour une place de médecin s'est terminé par la nomination de M. Boyer.

HÔPITAUX DU HAVRE. — Le concours pour deux places de médecin s'est terminé par la nomination de MM. Lemercier et Renaud.

— Le concours pour deux places de chirurgien s'est terminé par la nomination de MM. Sorel et Lenormand.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES. — Liste d'embarquement et de départ pour les colonies, des officiers du corps de santé de la marine, au 15 :

Médecins en chef : MM. 1. Roussel ; 2. Geoffroy ; 3. Mathis ; 4. Duchateau ; 5. Bertrand; 6. Dupont ; 7. Laugier ; 8. de Fornel ; 9. Talairach.

Médecins principaux : MM. 1. Galliot; 2. Burot ; 3. Frison ; 4. Miquel ; 5. Maget ; 6. Léo ; 7. Vantalon ; 8. Vergniaud ; 9. Canoville; 10. Ed. Roux ; 11. Cantellauve ; 12. Riche ; 13. Bodet ; 14. Abelin ; 15. Barrallier ; 16. Maurin.

Médecins de 2e classe : MM. 1. Giraud; 2. Reboul ; 3. Brugère; 4. Carbonnel ; 5. Grimaud; 6. Aubert ; 7. Durand; 8. Prigent; 9. Reygondaud; 10. Le Floch; 11. Lesueur-Florent ; 12. Hamon ; 13. Vallot ; 14. Duclot.

Médecins des troupes : MM. les médecins de 1re classe 1. Buisson; 2. Tréguier; 3. Castagné; 4. Plouzané; 5. Daliot; 6. Clavel.

MM. les médecins de 2e classe 1. Damian; 2. Bavay; 3. Lucas; 4. Nouaille; 5. Faucheraud; 6. Rozier; 7. Hutre; 8. Doublet; 9. Condé; 10. Hennequin; 11. Duranton; 12. Guy; 13. Masurel.

M. le médecin de 2e classe L'Eost est désigné pour remplacer, dans l'Inde, M. le médecin de 1re classe Lacarrière, rappelé en France, et qui servira à Brest.

M. le médecin de 2e classe Bavay, destiné au 3e régiment d'infanterie de marine, est parti pour Rochefort.

M. le médecin de 2e classe Jourdan est désigné pour embarquer, le 12 décembre, sur *Bayard*.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

Bonne séance mercredi dernier pour l'hystérectomie. On a enlevé 252 utérus dont 250 pour M. Doyen (de Reims), qui a fait une lecture sur différentes modifications qu'il a apportées dans sa pratique tout en donnant sa statistique, et 2 pour M. Lejars, qui a fait une communication sur l'extirpation de la matrice dans le cas de descente de la susdite. Ces deux importants travaux ont été confiés à une commission ; un rapport sera fait et à ce moment nous en parlerons.

Une observation de *hernie inguinale congénitale étranglée suivie de cure radicale et de guérison*, tout cela dû à la pratique de M. Choux (à Vincennes), fournit à M. Berger l'occasion de nous montrer que les sujets même les plus simples peuvent donner lieu à de très intéressantes et très instructives considérations. Il s'agit d'un cas qui ne se particularise que par ce fait, c'est que l'étranglement se produisit en même temps que la hernie. La congénitalité est démontrée par ce fait ; mais, ce qu'il y a de curieux, c'est que la kélotomie pratiquée seulement six jours après l'apparition de la hernie, montra un intestin à peine altéré et susceptible d'être réduit ; ceci, comme le fait remarquer le rapporteur, vient à l'encontre des idées généralement reçues. La hernie congénitale étranglée étant considérée, le plus souvent et à juste titre, comme donnant lieu à des accidents rapides.

M. Choux ne put arriver à supprimer le sac et ne s'y acharna pas à cause de l'état du malade : il fit la ligature de ce dernier, comptant obturer ainsi la voie par où auraient pu passer les viscères ; mais, deux mois après, il y avait déjà tuméfaction de la région et, on peut le dire, un commencement de récidive. A ce propos, M. Berger insiste sur un point très important, c'est la nécessité d'ouvrir le canal inguinal pour aller jusqu'à l'orifice péritonéal et commencer là sa dissection ; il a pu toujours de cette façon disséquer facilement le sac, ce qui est très difficile si on commence, au contraire, par la partie extérieure. M. Championnière vient corroborer ce dire et veut, comme il l'a écrit, qu'on traite la hernie étranglée comme on traite une hernie ordinaire dont on fait la cure radicale. Il faut toujours débrider le canal inguinal, commencer la dissection du sac et la continuer *de haut en bas*, contrairement à ce que font la grande majorité des opérateurs qui sont ainsi aux prises avec de très grandes difficultés.

Enfin, la question du débridement est aussi abordée par M. Berger. M. Choux a débridé de dedans en dehors et dans ce débridement a blessé l'intestin. La suture intestinale faite immédiatement a parfaitement réussi ; mais, à l'heure qu'il est, nous dit le rapporteur, il faut, autant que possible, débrider en plein jour, de dehors en dedans ; on le peut et on le doit, en faisant une incision de tout le canal inguinal, ouverture qui vous permet

de voir et de ne plus opérer dans un fond. Les seuls cas où le bistouri boutonné de Cooper est encore utile sont ceux dans lesquels on a affaire à un orifice éloigné, comme dans la hernie obturatrice, ou masquée par l'intestin lui-même, faisant champignon par-dessus, comme dans certaines petites hernies crurale marronnées. Telle est la pratique du chirurgien de Lariboisière qui, entre temps, nous dit que deux fois seulement il lui est arrivé de blesser le canal déférent dans des hernies congénitales et que même la section de ce dernier n'a pas déterminé d'atrophie du testicule.

L'hydronéphrose intermittente est une affection qui appelle de nouvelles recherches; elles ont été entreprises par M. Tuffier qui les apporte à la tribune de la Société de chirurgie, elles portent sur trois points: sur l'étude de l'étiologie et du mécanisme, sur l'anatomie pathologique et sur le traitement.

Et, tout d'abord, c'est presque toujours, pour ne pas dire toujours, à droite que cette hydronéphrose se produit (12 fois sur 12 cas dans la statistique de M. Tuffier) ce qui tient à la mobilité du rein droit. Cette mobilité est donc la cause première du non écoulement de l'urine comme l'a soutenu Landau, opinion défendue par MM. Terrier et Baudoin dans leur récente revue. Ce mécanisme est. du reste, prouvé par des faits expérimentaux.

M. Tuffier, en mobilisant le rein, a pu produire chez l'animal, quatre fois sur huit, de l'hydronéphrose intermittente. Les constatations opératoires ont aussi montré très nettement une sorte de coudure ou un arrêt causé par l'uretère déplacé à la suite du rein ambulant. Enfin, les faits cliniques ajoutent encore une preuve du bien fondé de cette étiologie. Sur une malade opérée ultérieurement par lui, M. Tuffier a pu constater que, pendant la station debout, le rein déplacé augmentait de volume, devenait douloureux et les urines devenaient moindres, tous symptômes qui disparaissaient dans la position horizontale, d'où la nécessité pour le malade de s'allonger plusieurs fois dans la journée.

L'anatomie et la physiologie pathologique prouvent d'une façon manifeste que c'est l'uretère replié un peu sur lui-même qui arrête le cours de l'urine. Il se fait très rarement une coudure brusque, c'est plutôt une courbure et celle-ci suffit, comme il est facile de s'en rendre cempte en notant la petite quantité d'urine qui coule par l'abouchement de l'uretère dans la vessie. Si cette physiologie pathologique est exacte, et nous l'acceptons très volontiers, on pourrait cependant, il nous semble, se demander pourquoi tous les reins mobiles qui changent la direction de l'uretère ne sont point atteints d'hydronéphrose intermittente. M. Tuffier ne nous en a pas donné la raison. Quant à l'intermittence, il l'explique facilement par deux mécanismes : la réascension dans sa loge du rein qui en est sorti et qui fait disparaître la courbure, et lorsque cet organe déplacé est fixé dans une mauvaise situation, c'est la tension du liquide dans le bassinet qui à un moment force l'obstacle.

Quant au traitement, il est varié. La ponction a donné 2 succès à M. Tillaux, et tout dernièrement encore, on en citait un heureux résultat à la tribune de la Société. Ce procédé est bénin quand on agit aseptiquement; il ne faut donc pas le rejeter complètement; cependant, M. Tuffier a vu, à Beaujon, une des opérées de M. Tillaux atteinte de pyonéphrose 12 années après la ponction.

La néphrotomie lui a réussi 2 fois sur 2. C'est une opération à employer quand on suspecte la présence du rein du côté opposé ou son mauvais état, conditions qui doivent faire proscrire la néphrectomie. Cette dernière est *l'ultima ratio* et le plus souvent a été pratiquée pour des erreurs de diagnostic. Mais la méthode de choix est la fixation opératoire du rein, qui a donné à M. Tuffier 9 guérisons complètes sur 9 malades. Cette *néphrorraphie* n'est point dangereuse. il a soin de traverser le tissu rénal, sans cependant s'exposer à pénétrer dans la poche urinaire et c'est surtout l'extrémité inférieure du rein qu'il faut bien fixer.

Dans le cours de la séance, M. Quénu a lu l'observation qu'il avait retracée, il y a huit jours, lors de la présentation, par M Delorme, d'un malade atteint de typhlo-appendicite. Dans ce cas, la simple libération du cœcum sans résection de l'appendice, avait suffi pour guérir le malade.

Eugène Rochard.

De la méthode anatomo-clinique en médecine mentale

C'est devant un nombreux et bienveillant auditoire, où l'on comptait presque autant de maîtres que d'élèves, que M. le professeur Joffroy a inauguré son cours de clinique des maladies mentales.

Après avoir rendu un hommage ému à la mémoire de son maître, M. le professeur Charcot, après avoir retracé les principaux traits de la vie scientifique du professeur Ball auquel il succède, M. Joffroy a exposé l'évolution de la pathologie mentale depuis le commencement de ce siècle et montré, en passant successivement en revue les différents travaux qui ont permis d'arriver à la connaissance exacte des lésions et des symptômes de la paralysie générale, l'importance, en pathologie, de la méthode anatomo-clinique employée par Charcot.

Cette méthode a permis au maître de démontrer que des fonctions motrices étaient dévolues à certains territoires de l'écorce cérébrale, qu'il « y a à la surface du cerveau une zone motrice, et que chacun des points de cette zone a une adaptation différente et préside à des mouvements différents ».

En 1874 et 1877, Vernicke, Kummoul, Charcot ont fait connaître les aphasies sensorielles. « Tantôt il s'agit d'une lésion du lobule pariétal inférieur gauche, avec ou sans participation du lobule du pli courbe, et les malades, selon la description déjà donnée par Gendrin, se trouvent dans l'impossibilité de lire, ou ne peuvent écrire, et la lettre une fois tracée, le malade n'est plus capable de la reconnaître. »

Dans d'autres cas, la lésion siège au niveau de la première circonvolution temporale gauche et les malades ont perdu la faculté de comprendre ce qu'on leur dit, alors qu'on peut encore communiquer avec eux par l'écriture.

Chez d'autres, enfin, la lésion sera limitée à la deuxième circonvolution pariétale gauche, et les malades auront perdu la faculté d'écrire, alors qu'ils comprendront la parole et pourront parfaitement lire.

Ainsi que Charcot l'a montré, il y a au moins quatre mémoires verbales : l'auditive, la visuelle, la motrice d'articulation et la motrice d'écriture;

chacune de ces mémoires peut être atteinte isolément à un degré plus ou moins prononcé. On a l'amnésie auditive verbale, la surdité verbale, la cécité verbale, etc. Le plus souvent, les différentes mémoires s'associent et se viennent réciproquement en aide, mais on doit cependant admettre que la mémoire verbale totale est la résultante des quatre mémoires partielles.

La découverte des localisations cérébrales a eu une grande importance au point de vue de la médecine mentale. Cette découverte, qui a permis de prouver la multiplicité des mémoires, des sensibilités, des mobilités permettra sans doute de résoudre le problème des folies partielles. « Il est pour le moins vraisemblable que l'intelligence est déviable comme les autres facultés cérébrales et qu'il y a des paralysies et des troubles partiels de l'intelligence, de la même manière qu'il y a des paralysies partielles de la mobilité et de la sensibilité. »

La physiologie de l'hallucination n'a pu être établie qu'à l'aide de nos connaissances actuelles sur les localisations cérébrales. Tamburini a fait voir que sous l'influence de conditions pathologiques les centres corticaux de la sensibilité générale ou des sensibilités spéciales peuvent entrer en activité primitivement, c'est-à-dire sans y être sollicités par une excitation périphérique, de la même manière que les centres moteurs peuvent, sous une influence pathologique, entrer en activité sans y être sollicités ni par la volonté, ni par une excitation normale. Comparable à ce qu'est l'épilepsie, jacksonnienne dans l'ordre des phénomènes moteurs, l'hallucination serait une *convulsion de la sensibilité.*

Il doit y avoir autant de classes d'hallucination qu'il y a de centres cérébraux de sensibilité. Soit, par exemple, le centre auditif qui d'abord, à l'état normal, entre en activité sous l'influence d'une parole entendue. Que sous l'influence d'une cause pathologique ou d'une excitation morbide transmise d'un autre point de l'encéphale, ce centre auditif entre en activité sans qu'il y ait été provoqué par aucune parole prononcée ; immédiatement certaines images auditives verbales surgiront et le malade croira entendre ou plutôt entendra les mots correspondants aussi nettement que s'ils étaient réellement prononcés. D'autres fois, c'est le centre de la vision verbale qui est mis pathologiquement en activité et, alors les malades, en l'absence de tout caractère écrit, croient voir, ou plutôt voient réellement des mots écrits parfois avec une grande netteté. Cette forme d'hallucination est du reste très exceptionnelle, ce qui tient sans doute à ce que le centre de la vision verbale se différencie tardivement.

L'hallucination étant le résultat de l'activité morbide d'un centre de sensibilité, M. Joffroy ne peut admettre l'existence de l'hallucination motrice en tant du moins que manifestation de l'activité spontanée et primitive d'un centre moteur. Il y a lieu de distinguer à côté des centres moteurs proprement dits des centres de sensibilité musculaire et la clinique montre qu'il s'agit là d'une réalité qu'on a souvent lieu de constater. Chez les hémiplégiques présentant une contracture assez peu marquée pour permettre de faire exécuter facilement des mouvements passifs aux membres paralysés, tantôt les malades ont conscience, même s'ils laissent leurs yeux fermés, de la position dans laquelle on place leurs membres, tantôt il faut qu'ils s'aident de la vue ou du toucher pour connaître cette position. Le sens musculaire est conservé dans le premier cas et perdu

dans le second et ce sens musculaire a des centres spéciaux topographiquement très voisins des centres moteurs. La connaissance des centres de sensibilité musculaire est très importante dans l'étude de ce qu'on appelle hallucination motrice. « Il y a, en effet, une mémoire des mouvements que nous mettons continuellement à contribution, et les images motrices sont conservées non dans le centre moteur même, mais dans le centre auditif musculaire. » Lorsqu'un sujet rêve, sans bouger, qu'il remue une jambe, il y a une activité morbide des centres de la sensibilité musculaire des membres inférieurs, c'est une *hallucination motrice sans mouvement*; s'il remue la jambe, cela tient à la transmission de l'excitation du centre moteur voisin, il y a alors *hallucination motrice avec mouvements.*

Aux centres moteurs corticaux de la fonction du langage sont juxtaposés les centres de sensibilité musculaire où sont emmagasinées les images motrices d'articulation. Si pathologiquement les centres d'activité musculaire entrent en action, les images ordinaires s'éveillent et le malade éprouve la même sensation que s'il parlait, quoiqu'il ne prononce aucun mot : c'est l'*hallucination verbale motrice sans mouvement*. Que le centre moteur du langage soit envahi par l'excitation morbide, et le malade répétera les paroles de son langage intérieur, c'est l'*hallucination motrice avec mouvement*. Enfin, l'hallucination verbale motrice a pour siège un centre sensitif, de même que, les hallucinations verbales auditive ou visuelle.

M. Joffroy a aussi insisté sur les dons et la puissance de l'observation clinique qui a conduit Lasègue à la découverte du délire des persécutions, l'une des plus brillantes dont se soit enrichie la médecine mentale dans ce siècle. Enfin, en terminant sa belle leçon, l'éminent professeur a fait voir que l'étude si difficile de la responsabilité légale des aliénés était chose médicale; c'est là une question de pathologie que les médecins doivent étudier et résoudre. Ce sera ensuite aux jurisconsultes à enregistrer la solution et à en faire l'application pratique.

Les applaudissements qui ont salué M. Joffroy lui prouvent que chacun a la certitude qu'il ne laissera pas péricliter l'enseignement de la médecine mentale élevé si haut par ceux qui l'ont précédé.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

De l'absorption par les voies urinaires

(Note de M. Bazy, présentée par M. Bouchard)

Si l'on consulte les traités classiques de physiologie, on y voit que la vessie est un des organes recouverts d'épithélium qui ne sont pas doués du pouvoir absorbant. Il est classique de dire que la vessie saine n'absorbe pas, et l'on cite des expériences à l'appui. Il est également classique de dire que, seule, la vessie, dépouillée d'épithélium, peut absorber.

Des faits cliniques observés depuis longtemps m'avaient conduit à supposer que la vessie saine devait être douée du pouvoir absorbant. Des faits expérimentaux, poursui-

vis depuis plusieurs mois, m'ont démontré qu'il en était bien ainsi. En effet, en injectant un poison dans une vessie saine, on peut tuer un animal aussi sûrement qu'en injectant ce poison sous la peau ou dans le rectum.

L'erreur dans laquelle on a vécu jusqu'ici reconnaît plusieurs causes, dont les principales me paraissent être les suivantes :

1° On a confondu imbibition avec absorption ; 2° on n'a pas employé de poison suffisamment actif pour que l'action en fût indiscutable ; 3° on a employé des poisons inactifs par rapport aux animaux en expérience.

Je me suis servi pour mes expériences d'une sonde en caoutchouc rouge n° 8 : je n'ai jamais distendu la vessie, de façon à éviter l'intervention de la pression, de façon aussi à éviter de provoquer le besoin d'uriner et à faire passer ainsi l'urine dans l'urèthre pour éviter l'absorption par la muqueuse urétrale.

J'ai expérimenté des poisons chimiques et des poisons microbiens. Dans ce dernier cas, tantôt j'ai injecté le poison microbien pur, tantôt une culture de microbes.

Les poisons chimiques, pourvus qu'ils fussent violents, m'ont toujours donné des résultats immédiats : quand ils n'ont pas agi immédiatement, ils paraissent avoir eu sur l'organisme une action telle que la mort a pu s'en suivre à des intervalles plus ou moins éloignés.

La cocaïne, la strychnine, l'acide cyanhydrique médicinale tuent les animaux dans l'espace de quelques minutes ; la cocaïne mise en contact avec une large surface cutanée dépourvue d'épithélium n'a aucune action ; la belladone, le curare, la pilocarpine ne produisent leurs effets que beaucoup plus lentement et ne paraissent agir qu'en imprimant des troubles lents dans la nutrition des cellules.

L'eau paraît absorbée par la vessie. Je dis : paraît, parce que la démonstration absolument rigoureuse de cette absorption, en se plaçant dans des conditions normales ou très voisines de la normale, ne me semble pas possible.

L'absorption des poisons chimiques par la vessie me paraît jeter un certain jour sur la pathologie urinaire et fournir l'explication des différences énormes qui existent, au point de vue de l'évolution, entre les rétentions vésicales et les rétentions rénales, ces dernières permettant la conservation de l'état général et la survie pendant un temps infiniment plus long que les autres.

L'injection vésicale de poisons microbiens produit des effets non moins remarquables.

En prenant un microbe auquel le lapin est très sensible, je veux parler du pneumocoque, j'ai, sur 6 lapins injectés, eu 5 morts, dont trois ont succombé dans l'espace de 3 à 5 jours, avec des exsudats pleuraux et péritonéaux, mais sans lésions rénales, fait très important pour l'histoire des infections urinaires.

Une macération de muscles gangrenés par le vibrion septique a été injectée à deux reprises dans la vessie après avoir été filtrée au filtre Chamberland et a tué le lapin après 20 jours.

Sur 4 lapins auxquels j'ai injecté la substance pyrétogène de Charrin, 2 sont morts, l'un après 7 jours, l'autre après 14 jours.

Les conséquences de ces faits, au point de vue de la pathologie humaine, sont faciles à déduire et la clarté qu'ils jettent sur la pathogénie des infections urinaires saute aux yeux : c'est un point sur lequel je me propose de revenir et que je développerai.

J'ai étudié l'absorption au niveau de l'urètre et au niveau de l'uretère : l'absorption urétrale m'a parue très active et l'absorption urétérale beaucoup moins, mais quand le liquide toxique arrive au niveau des calices, la mort est foudroyante avec les doses que j'ai employées.

Traitement d'un accès de goutte aiguë

Un malade vous appelle en hâte, il en est au début de son premier ou de l'un de ses premiers accès de goutte, connaît peu ou prou les douleurs qui vont l'assaillir et vous demande avec instance de les lui éviter ; que devez-vous faire ?

Il serait peut-être conforme à la saine médecine de dire à votre client, avec Nothnogel : « Surmontez la douleur par la contention intellectuelle » ou plus simplement de lui répéter la maxime de Sydenham : « Patience et flanelle », mais cette thérapeutique platonique risquant de faire tort à la fois et à vous et à votre malade, vous devez agir et agir vite.

Localement le traitement est facile. Il consiste à placer la jointure malade, entourée d'ouate, dans une position élevée et d'immobiliser le membre. *Loco dolenti*, vous pouvez faire des onctions avec :

Chlorhydrate de cocaïne.........	25 cent.
Vaseline ou huile d'amandes douces	15 gr.

ou des badigeonnages :

Menthol........................	1 à 2 gr
Alcool...........................	10 gr

ou des lotions :

Menthol........................	15 gr.
Chloroforme	120 gr.

Le collodion iodoformé a encore été recommandé. Ce qu'il faut, c'est varier les topiques ; cela occupera le malade, et, de plus, tel qui échoue dans un cas, réussit dans un autre, sans qu'il soit possible d'en donner la raison.

A l'intérieur, si le rein est intact, le grand médicament est le colchique « c'est le spécifique par excellence de la goutte, il peut et doit être employé dans le traitement de cette affection à l'état aigu... » (Lécorché). Les doses sont 2 à 5 gr. d'alcoolature de bulbes, — 0,15 à 0,20 de poudre de semences, ou 0,05 à 0,10 d'extrait de semences, en pilules que l'on doit prescrire dès le début de l'attaque. Jamais le malade ne doit prendre le colchique en dehors de la surveillance de son médecin et il est bon de le prévenir des dangers d'empoisonnement auxquels il s'exposerait en forçant les doses pour se libérer plus tôt.

Le salicylate de soude est toujours inférieur au colchique et il peut être très difficile à supporter. Inutile de s'attarder à l'emploi de la lithine dans la goutte franchement aiguë.

On dirigera donc le traitement interne de la manière suivante :

1° Purger légèrement chaque matin, avec les eaux salines, sulfatées sodiques ou chlorurés sodiques ;

2° Débuter avec une dose de 30 à 35 gouttes de teinture de bulbe, puis diviser cette dose en deux ou l'abaisser à 20 gouttes les jours suivants.

L'attaque peut s'accompagner d'une fièvre intense ; on prescrira alors :

Sulfate de quinine... 30 à 50 cent. par jour.

Si les douleurs sont *excessives*: une injection de morphine.

Au début de l'attaque surtout si elle est fébrile, l'alimentation doit être très légère et même la diète complète est indiquée. On recommandera au malade de boire beaucoup d'eau (Vals et surtout Contrexéville, dont on peut prendre davantage sans inconvénient), ce qui prévient souvent la dysurie. Lorsqu'il n'y a plus que des douleurs provo-

quées, maintenir quand même le malade au repos et bien lui dire qu'une fatigue prématurée peut provoquer une nouvelle attaque. Massage sans la moindre violence.

Ne jamais employer : les émissions sanguines locales, la teinture d'iode, les vésicatoires, l'eau froide sur les jointures, l'antipyrine à l'intérieur.

— Mais j'ai dit tout à l'heure *si le rein est intact* avant de parler du colchique. C'est qu'en effet, si votre malade, que vous devez interroger soigneusement à ce point de vue, a eu des signes de gravelle, si, *a fortiori*, il vous raconte qu'il a de la polyurie surtout nocturne, se lève fréquemment pour uriner, etc., s'il y a d'assez grandes quantités d'albumine dans l'urine, tous médicaments à élimination surtout rénale seront contre-indiqués et alors vous prescrirez, outre le traitement local :

1° Régime lacté exclusif.

2° Fleurs sèches de fèves des marais.....	10 gr.
Benzoate de soude	4 à 10 gr.
Faire bouillir dans lait	1 litre
à boire dans la journée.	
3° Sulfate de quinine....................	0 gr. 25
pour une dose. Une le matin et une le soir.	

4° Un purgatif salin chaque matin.

En agissant ainsi, vous soulagez plus lentement votre goutteux, et vous êtes au moins certain de ne pas l'empoisonner.

BIBLIOTHÈQUE

—

HYPERTROPHIE DU CŒUR, par le Dr G. ANDRÉ. — Paris, RUEFF et Cie — BIBLIOTHÈQUE CHARCOT-DEBOVE

L'hypertrophie du cœur, dit M. André, est constituée par l'augmentation de volume et de poids de l'organe, générale ou partielle, due à l'hyperplasie, l'hypernutrition des fibres musculaires, avec altération fréquente du tissu conjonctif interstitiel, des vaisseaux et des nerfs, et se traduisant à l'extérieur par un choc plus ou moins intense et par un abaissement marqué de la pointe. Il y a des hypertrophies essentielles ; elles se montrent dans un certain nombre d'états morbides parmi lesquels il faut signaler : les palpitations simples, la maladie de Basedow, les accidents de croissance, certaines névrites, la grossesse, les tumeurs abdominales et les déformations de la cage thoracique. Les hypertrophies secondaires sont de beaucoup les plus fréquentes et se produisent par le mécanisme des compensations : elles existent dans les lésions cellulaires, l'artério-sclérose, les anévrysmes de l'aorte et des gros tissus artériels, les oblitérations ou rétrécissement de l'artère pulmonaire, la symphyse cardiaque, les maladies de l'appareil respiratoire. Les hypertrophies et dilatations d'origine gastro-hépatique, l'hypertrophie brightique ont été traitées avec tous les développements désirables et nous ne saurions trop recommander aux cliniciens la lecture de ce livre précieux en enseignements.

LES TEIGNES (FAVUS, TONDANTE, PELADE), par le Dr L. BUTTE. — Paris, Soc. d'éditions scientifiques, 1893.

Les teignes sont, parmi les affections de l'enfance, les plus fréquentes. La teigne tondante ne se montre que dans le jeune âge et elle exige l'exclusion des écoles, les deux autres espèces s'observent à tous les âges et il en peut résulter les conséquences

les plus graves pour ceux auxquels elles s'attaquent. On doit répandre dans le corps médical et dans le public la connaissance des causes de ces maladies; c'est le seul moyen de hâter leur disparition. Pour la teigne, par exemple, lorsque l'on saura que les instruments des coiffeurs sont des agents assez fréquents de propagation, il suffira de veiller attentivement à la désinfection de ces instruments pour faire disparaître une des sources de la contagion. La teigne tondante est surtout contractée à l'école et il ne faut jamais laisser pénétrer dans un établissement scolaire un enfant atteint d'une affection contagieuse du cuir chevelu. Le maître a le devoir, dans ce cas, de seconder le censeur et il doit connaître les symptômes de la teigne.

M. Butte a exposé dans les plus grands détails la thérapeutique des teignes et il n'a laissé dans l'ombre aucun des points importants du sujet qu'il a traité.

Le Choléra par le Dr L. Galliard. — Paris, Rueff et Cie, 1894

M. le Dr Gaillard a eu pendant la dernière épidémie l'occasion d'observer beaucoup de cholériques, aussi, a-t-il, en revoyant certains points de la symptomatologie du choléra, montré que, dans la maladie la plus connue, les cliniciens sagaces pouvent toujours trouver des points nouveaux à mettre en lumière. C'est ainsi qu'il a insisté sur l'*État fébrile du dixième jour*. Auparavant, à une époque assez éloignée du début de la réaction, on voit survenir chez des malades qui guérissent une sorte de crise caractérisée par la recrudescence des phénomènes gastro-intestinaux, l'adynamie, le muguet, parfois l'ictère ou un érythème spécifique. Parmi les malades qui meurent, un certain nombre succombent vers la même époque en hypothermie centrale ou phénomènes congestifs.

Dans le choléra pernicieux, M. Gaillard distingue la forme foudroyante, la forme galopante et la forme lente, cette dernière excédant 5 jours de durée dans les cas mortels. L'étude du choléra chez les femmes enceintes, chez les nourrices montre que la grossesse est un des grands facteurs de gravité du choléra, qu'elle doit se placer avant la débilité sénile, l'alcoolisme, la tuberculose ; l'influence de la lactation est beaucoup moins néfaste que celle de la grossesse.

Au point de vue pathogénique, M. Gaillard est partisan de la doctrine de Koch. Comme traitement des cas graves, il préconise la transfusion intra-veineuse et il en a fixé nettement les indications.

Etudes anatomo-pathologiques

L'*inflammation*, par le docteur Maurice Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. in-8o, avec 21 figures dans le texte et 12 planches en chromo-lithographie hors texte. — Paris, Masson, 1893.

Les études que M. Maurice Letulle publie dans ce magnifique volume sont, comme il le dit dans sa préface, le résultat des travaux nécessités par la préparation du cours d'anatomie pathologique dont il a été chargé comme agrégé.

L'auteur commence d'abord par exposer l'état actuel de nos connaissances. Il s'efforce ensuite de résoudre quelques-uns des problèmes encore discutés. Les inflammations des membranes séreuses, leurs évolutions, les conséquences cliniques et thérapeutiques qui en découlent sont présentées avec la plus grande clarté.

Le pus et la suppuration, les inflammations chroniques des tissus, les scléroses, les dégénérescences, constituent une série de chapitres suffisamment détaillés, remplis de déductions pratiques aussi nécessaires à l'étudiant qu'au praticien.

Comme on le voit, il y a là beaucoup à apprendre, car tous les sujets ont été étudiés,

nous n'en voulons donner pour preuve que le chapitre qui a trait à la part que l'inflammation peut prendre dans la genèse des tumeurs.

Ce volume de 486 pages se termine par un chapitre de technique histologique pratique utile à consulter et si nous signalons les 12 belles planches en couleurs représentant les lésions histologiques les plus importantes signalées au cours de l'ouvrage, nous aurons montré la valeur de l'œuvre et le bénéfice qu'on peut retirer de sa lecture.

Lucas existe sans fer. C'est alors un Elixir tonique alimentaire pur et simple (viande et vieux cognac); mais, sous cette forme encore, il rend d'inappréciables services, prouvés depuis longtemps par l'expérience des médecins de tous pays.

Doses par jour : trois cuillerées à bouche, pur ou étendu d'un peu d'eau et même de bouillon *au milieu* ou *à la fin* des repas ; pour les enfants, trois cuillerées à café prises de la même façon

COURRIER

Suppression du bureau central. — Jeudi soir, au banquet de la Société des médecins des hôpitaux, M. Millard, dans son allocution, a annoncé, paraît-il, qu'à partir du 1er janvier 1894, les consultations du bureau central (Hôtel-Dieu) seraient supprimées. Elles seront remplacées par les consultations faites dans chaque service par le titulaire, s'il y consent, ou à son défaut par un médecin ou un chirurgien du bureau central actuel, qui, à cet effet, touchera une indemnité de cinq francs.

Nous nous proposons de revenir sur cette modification qui, du reste, n'est pas la seule qui doit être apportée dans le service des hôpitaux,

— L'*Electrical Review* de New-York signale un fait étrange relatif à la téléphonie à longue distance. Il paraît que les voix féminines, qui conviennent très bien pour les communications à courte distance, portent au contraire mal pour les longues distances.

— Le docteur Gilles de la Tourette a failli, comme on le sait, être victime de son devoir professionnel. La balle qui l'a frappé n'a heureusement pas pénétré dans le crâne et s'est bornée à contourner une partie de la région occipitale où elle a pu être facilement extraite. Hier matin, le blessé était dans l'état le plus satisfaisant et nous sommes heureux de pouvoir donner de bonnes nouvelles de cet ami en saisissant cette occasion de lui témoigner à nouveau toute notre sympathie.

Il est bien entendu que tout ce qu'on a pu dire des motifs qui ont poussé Mme Kamper à faire feu sur notre confrère est plus ou moins exagéré. L'aliénation mentale est seule en cause.

Inauguration de l'hopital de Villiers-sur-Marne. — L'œuvre des enfants tuberculeux vient de fonder un nouvel hôpital à Villiers-sur-Marne.

L'inauguration en aura lieu dimanche prochain à une heure, sous la présidence de M. Monod, directeur de l'Assistance publique, qui représentera M. le ministre de l'intérieur.

Faculté de médecine de Paris. — Un congé est accordé à M. le professeur Grancher.

M. Marfan, agrégé, est chargé d'un cours de clinique des maladies d'enfants.

Concours de l'externat. — Questions données : Tronc cœliaque. — Veine cave inférieure.

Enseignement professionnel orthopédique. — Les cours d'anatomie et de mécanique humaine (2e année) ont commencé le lundi 4 décembre 1893, à l'Ecole communale, 23, rue Cujas.

M. Beurnier, anatomie statique et application des appareils, le lundi, à 8 heures et demie du soir.

M. Mora, mécanique physiologique, le vendredi, à 8 heures et demie du soir.

Hôpitaux de Rouen. — M. le docteur Lereffait est nommé médecin de l'Hospice-Général, en remplacement de M. le docteur Boucher, démissionnaire pour raison de santé.

— Le Bulletin mensuel de statistique municipale de Buenos-Ayres prend le soin d'indiquer les naissances selon l'heure où elles ont eu lieu. Cela permet de constater que les naissances sont plus nombreuses la nuit (de 6 heures du soir à 6 heures du matin) que le jour (de 6 heures du matin à 6 heures du soir). En outre, le nombre des filles est roportionnellement plus élevé la nuit que le jour; et, contrairement à ce qui a lieu pour le jour, il atteint presque celui des garçons. (*Revue scientifique.*)

11e Congrès international de médecine a Rome. — 29 mars, 5 avril 1894. — I. *Communications :*

1° Les titres de toutes les communications que les membres adhérents désireront faire au Congrès devront être adressés au secrétariat général avant le 31 janvier 1894;

2° En même temps que le titre, l'auteur devra remettre, pour le secrétaire général, un très exact résumé de son travail et ses conclusions. Ces dernières seront imprimées par les soins du bureau et distribuées aux congressistes;

3° Le programme publié contiendra les titres de toutes les communications annoncées; il mentionnera en outre les titres de toutes celles qui ont été publiées par la presse scientifique, partiellement ou entièrement, après le renvoi du Congrès;

4° Une étoile en marge indiquera les communications annoncées après le 31 août 1893.

II. *Réduction sur les chemins de fer.* — Les Compagnies des chemins de fer accorderont les réductions annoncées avant le renvoi du Congrès. Ces réductions seront valables du 1er mars au 30 avril. Un avis ultérieur donnera des indications précises à ce sujet.

Il sera très facile de trouver des chambres dans les hôtels de Rome pendant la durée du Congrès, c'est-à-dire du 29 mars au 5 avril; mais les membres adhérents voyageant avec leur famille, qui désireraient retenir à l'avance des appartements, doivent dès maintenant en informer le secrétariat général français. Prière d'indiquer le nombre et le genre des chambres que l'on désire, la durée approximative du séjour à Rome et l'époque probable de l'arrivée.

Nécrologie. — Le docteur Fisher (Paul-Henri), ancien interne des hôpitaux de Paris (1858), assistant de la chaire de paléontologie au Muséum d'histoire naturelle. Le docteur Coquelu, de Dijon, reçu en 1844. Le docteur Renault, d'Harfleur (Seine-Inférieure), décédé à l'âge de 30 ans. Le docteur Rogat (de Bordeaux).

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 23 novembre 1893, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aide-majors de 1re classe Bremond, Daniel, Jamin, Bide, Teulat, Broquet, Maunoury et Jousset.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe. — MM. les médecins aides-majors de 2e classe Goix, Coumailleau, Bernard, Tostain, Dumont, Pillot, Boujut, Merlin, Lemas, Barnier, Dumas, Brou de Laurière, Mazet, Bonhomme de Montaigut, Dufour, Brand, Roche, Leroy, Lataste, Gauchas, Galliard, Desnos, Joyeux-Laffnie, Desfosses, Hermantier, Thomas-Duris, Lavergne, Tuffier, Artaud, Ribail, Morin et Tissier.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

11 décembre 1893.

S'il était besoin d'invoquer une preuve quelconque pour montrer l'influence et la place que prend l'art de guérir dans la société moderne, il n'y aurait qu'à se rapporter à ce débordement d'articles médicaux parus il y a peu de jours dans la presse politique. Interviews, appréciations plus ou moins grotesques, voire même des descriptions opératoires, rien n'y a manqué, à ce point que le public médical sérieux en a été affligé. On a repêché pour la circonstance les personnages de Purgon, de Diafoirus, en y ajoutant d'aimables comparaisons ; mais, hélas ! avec quel style, quelle petitesse d'esprit ! Pauvre Molière, on t'abîme en te citant de telle sorte et combien sont loin de toi ceux qui se permettent aujourd'hui de vouloir imiter tes créations immortelles !

A quoi faut-il attribuer l'énorme quantité de ces articles auxquels je faisais allusion il n'y a qu'un instant ? Est-ce à la pénurie d'autres sujets ? Non, la dynamite se charge en ce moment d'intéresser l'opinion publique. Est-ce à ce besoin insatiable de parler médecine, c'est-à-dire d'une chose qu'on ne connaît pas et à propos de laquelle il se débite tant de bêtises ? Certes, il y a un peu de cela ; mais ce n'est pas suffisant, il nous semble, pour expliquer le nombre incommensurable de feuilles de papier quotidiennement barbouillées par des gens étrangers à la profession.

Peut-être la presse politique, en ce faisant, répond-elle à un besoin en se chargeant d'apprécier et de critiquer les faits médicaux sur lesquels la presse médicale, de plus en plus muette, se garde bien de donner son avis. Il est reconnu, en effet, que lorsque certains événements ont acquis une réelle importance, on aime à en lire une appréciation, et comme les journaux de médecine, simples et innocents enregistreurs de ce qui se passe, ne la donnent pour ainsi dire plus, on va la chercher ailleurs. On se précipite alors sur des récits plus ou moins faussés, on se repaît de bons petits articles, ou trop calomnieux ou quelquefois trop élogieux, et on se complaît dans une littérature de mauvais aloi, au lieu de s'en rapporter au récit exact des faits et à l'opinion d'un médecin jugeant les événements avec la modération que comporte l'honorabilité de la profession médicale.

Mais il y a encore autre chose. Si la presse politique parle des médecins, c'est que tout d'abord ceux-ci se sont adressés à elle dans un but qu'on devine sans avoir besoin de le qualifier et, il faut le constater, il est en pleine croissance ce besoin de voir son nom écrit dans un journal répandu.

Il y a encore quelques années, ceux-là mêmes qui étaient cités dans une grande feuille du matin ou du soir étaient fortement blâmés par leurs confrères, presque mis à l'index. Les médecins, notamment, se montraient très sévères pour certains chirurgiens précurseurs ; ils n'ont plus maintenant rien à dire, car parmi eux quelques-uns se servent aussi des mêmes procédés. Aujourd'hui même la masse devient, nous ne dirons pas plus in-

dulgente, mais l'indifférence gagne ; il est permis de constater ce fait tout en le regrettant.

Faut-il, à ce propos, pousser les hauts cris, s'écrier que tout est perdu ; que la profession médicale n'a plus son ancienne honorabilité, qu'elle n'existe plus ! Dieu merci, il y a encore des hommes et il y en aura toujours qui se chargeront de sauvegarder l'honorabilité professionnelle. Est-ce à dire qu'ils puissent enrayer le courant de la réclame et la faire disparaître de tout ce qui touche à la médecine ; non certes, on ne s'oppose pas à la marche des sociétés et les médecins, étant des hommes, suivront l'exemple de leurs semblables, ce qu'on peut faire, c'est regretter le bon temps de jadis et constater que l'exercice actuel de la médecine ? N'est peut-être pas aussi agréable qu'il l'était autrefois. Peut-être n'est-il pas loin le temps où le médecin touchera plus d'honoraires sans en être pour cela plus honoré.

Pleurésie droite hémorrhagique. — Ganglions sus-claviculaire et axillaire permettant d'affirmer la nature cancéreuse de la pleurésie. Mort

Par le Dr J. Comby, médecin de l'hôpital Tenon

On a parlé, dans la dernière séance de la Société des Hôpitaux, de la valeur séméiologique du ganglion sus-claviculaire, et M. Troisier a dit que la présence de ce ganglion permettait d'affirmer l'existence d'un cancer viscéral.

J'ai fait, au commencement de cette année, le diagnostic de pleurésie cancéreuse d'après ce signe, qui me paraît avoir une réelle valeur, et quoiqu'il n'y ait pas eu de vérification anatomique, je pense que mon diagnostic était exact.

L'observation que je présente aujourd'hui vient donc à l'appui des assertions émises par M. Troisier. Je crois, comme lui, que, lorsqu'on trouve, au-dessus de la clavicule, un ganglion engorgé et dur coïncidant avec un état cachectique, on doit soupçonner une viscéropathie cancéreuse.

Dans l'observation qui m'est personnelle, il y avait un ganglion dur et hypertrophié, non seulement au-dessus de la clavicule, mais encore dans le creux de l'aisselle.

J'ai cherché, chez les nombreux malades de mon service, tuberculeux ou autres, la présence du ganglion sus-claviculaire, je ne l'ai jamais trouvé. J'en conclus qu'il est rare et que sa présence n'en a que plus de valeur.

Une femme de 57 ans, entre le 7 mars 1893 dans mon service, à l'hôpital Tenon, pour une pleurésie droite accompagnée de dyspnée, d'anorexie, d'amaigrissement progressif (1).

Les antécédents héréditaires sont négatifs : pas de cancer, pas de tuberculose dans la famille. Notre malade a souffert, il y a deux ans, de crampes d'estomac, avec anorexie et renvois acides après les repas. Parfois, la gastralgie était suivie de vomissements alimentaires; jamais d'hématémèse ni de mélœna. Après trois ou quatre mois, cet état de dyspepsie douloureuse finit par guérir. Depuis cette époque, l'état général était bon, l'appétit était revenu, il n'y avait pas de toux.

(1) Observation rédigée sur les notes de M. Jauvert, externe du service.

En novembre 1892, quatre mois avant l'entrée à l'hôpital, la malade accuse un point de côté à droite, une dyspnée surtout nocturne augmentée par le décubitus, une toux sèche, parfois quinteuse, sans expectoration. On lui applique deux vésicatoires qui ne la soulagent pas notablement.

Au moment de l'entrée dans nos salles, la malade est très oppressée, son visage est pâle avec une légère teinte jaune, mais sans pigment biliaire dans les urines.

L'examen du thorax montre, à droite, tous les signes d'un épanchement abondant : matité dans les trois quarts inférieurs, souffle, abolition des vibrations thoraciques, abaissement du foie, etc. A gauche, la respiration est forte, supplémentaire. Pas un râle, rien au niveau des sommets. Pas d'œdème ni de déformation appréciable de la paroi thoracique. Pous, 100; température vaginale, 38°5.

La malade a perdu l'appétit et les forces, elle est très maigre. Régime lacté et potion à la caféine (1 gramme).

Le 8 mars, on fait une première thoracentèse qui donne un litre de sérosité sanguinolente. Pendant les deux ou trois jours qui suivent la ponction, la malade est soulagée. Mais l'amélioration ne se maintient pas et le liquide se reproduit rapidement.

C'est alors que j'explorai les ganglions sus-claviculaires. A gauche, côté sain, je ne trouvai rien; mais, au-dessus de la clavicule droite, je n'eus pas de peine à sentir un ganglion dur et gros comme une noisette, qui n'adhérait pas à la peau, mais qui n'était pas mobile sur les parties profondes. Un ganglion semblable se trouvait au sommet du creux axillaire du même côté. Ces deux ganglions sus-claviculaire et axillaire étaient indolents.

La nature hémorrhagique de l'épanchement m'avait déjà fait incliner vers le cancer, la présence des ganglions susdits me permit d'affirmer ce diagnostic et d'annoncer une mort prochaine.

Le 14 mars, six jours après le première ponction, mon interne, M. Zadoc-Kahn, est obligé d'en faire une seconde ; il retire un litre et demi de liquide franchement hémorrhagique, plus rouge et plus foncé que la première fois. A ce moment, la température ne dépasse pas 38°. Cependant, l'état général ne présente aucune amélioration, la dyspnée persiste, la faiblesse est grande et la malade accuse en outre des douleurs épigastriques.

Le 7 avril, troisième ponction qui donne 1,200 grammes d'un liquide couleur vin de Malaga. Le lendemain, la température monte à 39°. A ce moment apparut une toux quinteuse suivie d'une expectoration claire et spumeuse.

Le 11 avril, les signes physiques n'ont pas changé, la matité est la même, le souffle pleurétique persiste, les vibrations sont toujours abolies.

Le 15 avril, la malade, désespérée, quitte l'hôpital pour aller mourir, chez elle. J'envoie mon externe, M. Sauvert, prendre de ses nouvelles au bout de quelques jours ; il la trouve dans un état pitoyable et elle succombe dans le dernier degré de la cachexie.

Voilà donc un exemple de pleurésie droite hémorrhagique avec cachexie progressive, sans aucun signe de tuberculose pulmonaire, sans expectoration, sauf dans les derniers temps de la vie, avec engorgement ganglionnaire limité aux creux sus claviculaire et axillaire du même côté que l'épanchement.

Cette adénopathie, à laquelle j'ai attaché tant d'importance au point de

vue du diagnostic et par suite du pronostic, n'avait pas les caractères des adénopathies tuberculeuses ; elle était mono-ganglionnaire, dure, indolente, sans réaction inflammatoire périphérique.

Dans toute pleurésie chronique un peu anormale par ses allures et par la nature du liquide (épanchement hémorrhagique), on devra rechercher avec soin la présence du *ganglion sus-claviculaire*, car elle a une valeur séméiologique de premier ordre. Telle est la conclusion que je crois devoir tirer de cette observation confirmative des faits recueillis par M. Troisier

HYGIÈNE

—

Diminution des naissances aux États-Unis. — On sait que de tous les problèmes qui préoccupent les hygiénistes en France, il n'en est pas de plus menaçant que celui qui concerne le mouvement de la population. Son accroissement s'est ralenti d'une manière rapide et maintenant c'est une diminution qui s'accuse. Ce résultat n'est pas dû à une mortalité exagérée ; elle n'a jamais été plus faible, c'est au défaut de natalité. Les naissances se font de plus en plus rares. Le même fait commence à se produire dans l'Europe entière. Les autres nations nous suivent de loin ; elles n'en sont encore qu'à une diminution de l'accroissement, mais quand les peuples sont sur cette voie, ils ne s'y arrêtent pas. Nous jetions des regards d'envie sur les États-Unis d'Amérique dont la population à décuplé depuis le commencement du siècle et s'accroît sans cesse dans des proportions inquiétantes pour l'ancien continent, et voilà que nous entendons résonner de l'autre côté de l'Atlantique le même cri d'alarme que chez nous. Le nombre des naissances diminue aux États-Unis d'une façon frappante et constante depuis plusieurs années. M. Cyrus Edson, dans un article qu'il a récemment publié dans la *North American Review*, en accuse les femmes qui d'après lui s'adonnent beaucoup trop aux travaux intellectuels et ne sont plus en état de remplir leurs fonctions maternelles.

Cette accusation nous semble bien hasardée. Les causes qui entravent le développement de la population chez les peuples très civilisés sont bien plus compliquées, bien plus diverses que cela. Nous les avons maintes fois analysées et ce n'est pas le lieu d'y revenir ici, mais il y a quelque intérêt à constater que la jeune Amérique souffre du même mal que nous. En France, le déficit des naissances est comblé par l'immigration et nous avons aujourd'hui 1,300,000 étrangers sur notre sol, c'est-à-dire trois fois plus que l'Angleterre et l'Allemagne réunies. Si ce mouvement continue, dans un demi-siècle, d'après les calculs de M. Cheysson, la France comptera dix millions d'étrangers; elle aura perdu par cette adultération ses qualités de race, son caractère national, sa prospérité et sa puissance ; mais ce danger menace les États-Unis à bien plus brève échéance. Son accroissement prodigieux est dû, en presque totalité, à l'immigration. Tous les pays débordent sur elle, l'Allemagne et la Chine l'envahissent et la vigoureuse race anglo-saxonne si elle ne se reproduit pas, sera étouffée à bref délai par ces éléments parasites qui ne la valent pas.

Vaccinations antirabiques. — Le nombre des Instituts antirabiques fondés sur le modèle de celui de M. Pasteur, s'accroît tous les jours. On en comptait 17 à l'étranger au commencement de l'année ; il y en a une vingtaine aujourd'hui. Il en a été créé un à Saïgon, au mois d'avril 1891, par les soins du docteur Calmette, médecin de 1re classe du service des colonies et il a rendu compte récemment, dans les *Archives de médecine*

navale, des opérations qui y ont été pratiquées (1). Elles s'élèvent à 110 pour la période comprise entre le 15 avril 1891 et le 1[er] mai 1893. Sur ce nombre, il y eu 2 décès, ce qui donne un chiffre de 1,8 p. 100, proportion assez élevée, si on la compare aux résultats obtenus en Europe, mais qui s'explique, lorsqu'on songe aux distances que les personnes mordues doivent franchir avant d'arriver à Saïgon. C'est ainsi que l'une des deux victimes était un Hollandais de Java, expéditeur à Samarang, qui n'a pu être inoculé que le trentième jour après la morsure.

Nous avons sous les yeux la statistique de l'Institut de Moscou pour l'année 1892. Elle a été publiée par M. Goldenbach, médecin en chef de l'hôpital Alexandre III. (*Annales de l'Institut Pasteur*, VII, 672.) 907 personnes y ont subi le traitement en 1892 (613 hommes et 294 femmes). Dans le nombre, il y a eu 6 morts, ce qui donne une proportion de 0,66 p. 100, laquelle est encore supérieure à celle qu'on a relevée à Paris où, sur 355 personnes traitées dans le cours de la même année, il n'y a eu qu'un cas de mort, soit 0,28 p. 100. Le nombre des décès diminue d'année en année. Dans les sept dernières, il y a eu, à l'éta- blissement de la rue Dutot, 11,384 personnes traitées et 99 morts, ce qui donne la proportion générale de 0,87 p. 100. Depuis 1868, elle a toujours été inférieure à 1 p. 100. Il n'est pas hors de propos de rappeler qu'avant a découverte de M. Pasteur, sur 100 personnes mordues par des animaux enragés, il en mourait 15 en moyenne.

L'alcool de tourbe. — Nous avons souvent parlé des ravages croissants de l'alcoolisme et montré que cette progression fatale était surtout due aux esprits d'industrie dont la fabrication a pris son essor, il y a une cinquantaine d'années, et dont la consommation, surexcitée par leur bon marché, s'élève annuellement à plus de 150 millions d'hectolitres. Ces alcools se retirent de la betterave, de la pomme de terre, des graines de fruits ; on peut en extraire de toutes les substances qui renferment du sucre ou de l'amidon, et tout cela ne satisfait pas encore l'industrie ; elle a imaginé de retirer de l'alcool de la tourbe.

L'idée en est venue à M. C. Kappener, en 1891 ; mais, d'après un article inséré dans le *Dinglers Polytechn*, par M. J. Matheus, cette fabrication est devenue industrielle. La préparation est même économique. 100 kilos de tourbe coûtent 50 centimes et donnent 6 litres et un quart d'alcool, tandis qu'on n'en obtient pas davantage avec 50 kilos de pommes de terre qui coûtent beaucoup plus cher. Il faut donc nous attendre à voir bientôt cette nouvelle liqueur venir grossir la liste de celles qui empoisonnent nos populations.

La contagion dans les écoles. — On s'occupe beaucoup, depuis plusieurs années, de la transmission des maladies contagieuses dans les écoles. On vient de signaler, en Amérique, un mode de production sur lequel l'attention ne s'était pas portée. Il paraît que dans les écoles de Saint-Paul (Minnesota), les portiers ont l'habitude de recueillir chaque soir après la classe les crayons dont se servent les élèves, pour en faire de nouveau, au hasard, la distribution le lendemain matin. Or, le commissaire de santé de la ville a décidé qu'à l'avenir, chaque élève devra garder ses crayons pour son usage personnel, basant sa décision sur cette considération que la diphtérie et d'autres maladies peuvent fort bien se transmettre par la promiscuité des crayons que les enfants portent sans cesse à leur bouche.

Voilà une mesure à signaler à qui de droit de ce côté de l'Océan.

(*Revue scientifique* du 2 décembre 1893.)

(1) Les vaccinations antirabiques pratiquées à Saïgon par les docteurs A. Calmette et E. Pineau, *Archives de médecine navale et coloniale*, 1893, t. 60, p. 81.)

Fièvre des côtes de la Méditerranée. — Cette maladie a été observée à Malte et à Gibraltar par les médecins anglais. Les premiers documents sur son compte remontent à 1816. Elle a été étudiée tout récemment par le chirurgien capitaine Louis Hugues (A. M. S.) Elle est nettement endémique, avec des exacerbations annuellec constituant de petites épidémies ; à Malte, elle reparaît tous les étés, dans les vieux quartiers insalubres, dans les baraquements, maisons et hôtels construits par les Chevaliers de Malte du XVIe au XVIIIe siècle, dans les terrains avoisinant les vieux égouts et sur les navires à l'ancre dans le port sale et sans marée. Elle n'est pas contagieuse d'homme à homme et ne paraît provenir ni de la nourriture ni des eaux. C'est une fièvre rémittente dont la durée est de deux à trois semaines, avec des intervalles d'apyrexie durant de deux à trois jours. Dans les cas graves, elle prend le caractère typhique et la mort peut survenir par hyperpyrexie, par complications pulmonaires ou par épuisement. D'habitude, elle guérit au bout de cinq à six mois, mais elle est très rebelle à la quinine comme à l'arsenic. La mortalité est d'environ 2 p. 100.

D'après les travaux de Bruce, de Gipps et de l'auteur, cette maladie est causée par un micrococcus spécial, le *micrococcus melitensis*. C'est un coccus oblong qui croît lentement à la température de 37 à 39°, sur une surface de gélose avec 1,5 p. 100 de peptone. M. Louis Hugues pense que les germes de ce micro-organisme se développent dans les déjections humaines, se mêlent à la poussière provenant de ces matières lorsqu'elles se dessèchent et pénètrent dans l'organisme par les voies respiratoires.

La fièvre de Malte tient cliniquement une place entre la fièvre typhoïde et la fièvre intermittente ; mais elle s'en distingue par l'existence d'un microbe spécifique différent du bacille d'Eberth comme de l'hématozoaire de Laveran. (*Annales de l'Institut Pasteur*, VII, p. 628.)

Action de la fumée du tabac sur les bactéries. — La fumée du tabac passe pour être douée de propriétés désinfectantes et quelques médecins estiment qu'elle peut préserver des maladies transmissibles. Cette croyance est basée sur un travail du docteur Pecholier, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier ; mais, tout récemment, un médecin de Kiew, le docteur Falkenberg, a étudié la question au point de vue expérimental. Il a commencé par montrer que la plupart des microbes vivent et pullulent dans les infusions et les décoctions les plus concentrées des feuilles de tabac. A l'exception du microbe de la morve, les microbes pathogènes se développent très bien sur des milieux solides imprégnés d'une décoction de tabac à 5/00. Au-dessus de ce degré de concentration, le pouvoir reproducteur du microbe est diminué et à 10/00 les cultures restent stériles.

La fumée de tabac influence la surface des cultures solides et la rend impropre au développement des microbes Quant à ceux-ci, il ne sont tués par la fumée que lorsqu'on la fait agir pendant plusieurs heures consécutives. Le bacille virgule du choléra fait exception. Il est très rapidement tué par la fumée. L'action bactéricide de celle-ci n'est due ni au gaz de la combustion ni à la nicotine, mais aux principes à base de *pyridine*.

La fumée du tabac porte bien plus atteinte à la virulence des microbes qu'à leur vitalité. En somme, l'action de la fumée de tabac est beaucoup trop faible pour offrir à ceux qui en font usage une garantie contre les maladies infectieuses ; il n'est même pas démontré que le nombre des microbes de la cavité buccale soit moindre chez eux que chez les autres.

La désinfection à Paris. — La population de Paris apprécie de plus en plus les avantages du service de la désinfection. On le reconnaît à l'accroissement continu du nombre des demandes qu'on lui adresse. En 1889, époque à laquelle ce service a com-

mencé à fonctionner, on a fait 78 opérations ; en 1892, on en a compté 18,404, et, dans les sept premiers mois de cette années, 19,674. En admettant que cela n'augmente pas pendant les cinq derniers, il y aura eu, en 1893, 33,727. En présence de l'importance croissante de ce service si utile, le Conseil municipal a voté un crédit supplémentaire de 30,000 francs pour assurer son fonctionnement jusqu'à la fin de l'année.

Incinération des ordures ménagères en Angleterre.— Nous avons rendu compte dans un précédent article (1) des tentatives faites, en France et à l'étranger, pour détruire les immondices à l'aide du feu. Cette méthode tend à se généraliser en Angleterre. En 1876, 3,700,000 de ses habitants détruisaient leurs balayures en se servant de 14 fours encore peu satisfaisants. Aujourd'hui les méthodes se sont perfectionnées ; aussi l'on compte en Angleterre 570 fours brûlant les détritus provenant de plus de 7,000,000 d'habitants répartis entre 55 villes. Ces foyers ne restent pas inutiles ; ils représentent une force de 10,000 chevaux, qui sont employés à tirer des chemins de fer, à élever de l'au, etc.

M. Th. Weyl, en faisant à la Société médical de Berlin une communication sur ce sujet, annonce que la ville de Berlin va expérimenter cette méthode d'assainissement. On se propose de bâtir tout d'abord six fours qui pourront brûler environ 200 tonnes de balayures par semaine.

ACADEMIES ET SOCIETES SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 décembre 1893. — Présidence de M. FERNET.

Sur la valeur séméiologique du ganglion sus-claviculaire

On a discuté dans la dernière séance sur la valeur séméiologique du ganglion sus-claviculaire. M. COMBY fait à ce propos une intéressante communication que nous reproduisons *in extenso.*

M. WIDAL montre ensuite un ganglion sus-claviculaire cancéreux, trouvé à l'autopsie, d'un homme mort d'un cancer à l'estomac. On avait recherché avec soin, chez ce malade, ce ganglion révélateur ; mais on ne l'avait pas trouvé ; il était situé, en effet, derrière le faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien gauche. Ceci laisse à penser que l'existence du ganglion sus-claviculaire est plus fréquente qu'on ne le croit, puisqu'il n'est pas toujours cliniquement appréciable.

A l'autopsie du malade de M. Widal, on trouva une grosse végétation cancéreuse au niveau de la région pylorique. Il n'y avait aucun noyau secondaire dans les autres viscères ; il n'y avait pas non plus de lymphangite cancéreuse au niveau du diaphragme, ni au niveau des plèvres ; les ganglions du médiastin étaient intacts ; rien ne semblait relier le néoplasme gastrique au ganglion cancéreux sus-claviculaire. Dans l'aisselle, on trouva encore un ganglion présentant à son centre un point de dégénérescence cancéreuse.

Traitement de la variole par l'obscurité

M. JUHEL-RENOY. — On connaît l'influence de la lumière solaire sur les pigmentations de la peau, et l'on comprend qu'au cours d'un état pathologique du revêtement cutané l'influence nocive d'une lumière trop vive s'exagère. Aussi a-t-on pensé à la combattre en tenant dans l'obscurité la partie qu'on veut protéger.

(1) *Union médicale* du 24 janvier 1893. N° 10, p. 110.

C'est ainsi que, depuis longtemps, on a proposé de maintenir les varioleux dans l'obscurité, afin d'éviter les cicatrices indélébiles que l'affection laisse presque toujours après elle. Dès 1867, ce moyen avait été préconisé en Angleterre, et depuis ce moment plusieurs médecins prétendaient en avoir obtenu d'excellents résultats. Aussi avait-on imaginé des masques ayant le même but de protéger les malades contre la lumière. M. Juhel-Renoy avait lui-même fait des applications d'un enduit d'ichtyol concentré dissous dans la traumaticine. Ces essais étaient restés, dans bien des cas, infructueux. Il y a quelque temps, M. Finssen (de Copenhague) publiait les résultats surprenants qu'il avait obtenus en laissant ses malades dans l'obscurité.

M. Juhel-Renoy fit aussitôt préparer trois chambres à Aubervilliers, bien résolu à appliquer rigoureusement ce procédé. Il traita ainsi 12 malades, 8 femmes et 4 hommes. Voici les résultats obtenus :

1° Variole atténuée très discrète. Succès complet, aucune cicatrice ni pigmentation ;

2° 2 varioles abondantes, cohérentes, terminées toutes deux par la mort, l'une au quatrième jour du traitement, septième jour de la maladie ; l'autre au dixième jour du traitement, onzième jour de la maladie ;

3° Les 9 autres ont trait à des varioles de moyenne intensité, dont 2 au moins furent des varioles atténuées (varioloïdes de Trousseau), toutes ont guéri, mais 4 ont laissé des cicatrices manifestes.

Ces faits conduisent donc M. Juhel-Rénoy à penser que la lumière n'exerce aucune action sur l'évolution de la variole ; l'obscurité n'empêche pas les vésicules de devenir des pustules, elle n'empêche pas la fièvre de suppuration ; elle n'empêche donc pas la production de cicatrices et de pigmentations. L'obscurité est peut-être recommandable dans les cas de variole légère et bénigne, et il est probable que les auteurs qui ont vanté ses bons effets n'ont traité par la suppression de la lumière que des varioles légères, des varioloïdes

M. Guyot a traité par l'obscurité sept ou huit varioleux, mais sans le moindre succès.

Le rein mobile chez la femme

M. Mathieu a recherché le rein mobile systématiquement chez 306 femmes entrées à l'hôpital pour des affections quelconques et chez 46 femmes entrées pour des accidents de dyspepsie. Il a constaté 85 fois la mobilité anormale du rein chez les premières (donc une fois sur quatre) et 32 fois les secondes (c'est-à-dire deux fois sur trois).

La néphroptose est rare au-dessous de vingt ans ; d'autre part, elle diminue aussi beaucoup de fréquence après cinquante ans L'influence de la grossesse paraît certaine; sur 104 nullipares, la proportion était de 11,54 pour 100, tandis qu'elle était de 33,8 pour 100 sur 130 uni ou multipares.

Les rapports de la néphroptose avec l'entéroptose ne sont pas faciles à établir. L'influence du corset dans la production du rein mobile ne peut être non plus prouvée par des chiffres, puisque, parmi toutes ses malades, M. Mathieu n'en a pas trouvé une seule reconnaissant qu'elle avait porté des corsets serrés. La dyspepsie, par contre, a une action bien plus nette ; elle a été relevée par M. Mathieu dans 68 ou 69 pour 100 des cas de rein mobile, et 40 ou 41 fois pour 100 seulement chez des femmes ne présentant pas de néphroptose ; d'autre part, sur 3 femmes soignées pour des accidents dyspeptiques sérieux, il existe 3 fois de l'éctopie rénale. Toutefois, l'intensité des accidents dyspeptiques n'est pas forcément en proportion du degré de déplacement des reins.

En dehors des crises fréquentes, surtout au moment des règles, la dyspepsie des malades atteintes de rein mobile ne présente aucun caractère spécial. Toutes les formes du

chimisme stomacal peuvent s'y rencontrer; elle se lie souvent à la neurasthémie et les malades deviennent facilement morphinomanes.

En dehors des crises douloureuses, où l'on recommandera le décubitus horizontal, on immobilisera, au moyen de ceintures abdominales, le rein ramené à sa place. Dans les cas rebelles, on aura recours à l'intervention chirurgicale.

Arthropathies de la scarlatine

M. Le Gendre lit sur ce sujet et à propos de la récente communication de MM. Richardière et Péron, une note intéressante que nous publierons *in extenso.*

BIBLIOTHÈQUE

—

PRÉCIS D'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE,

Par M. Rudinger, professeur d'anatomie à l'Université de Munich. — Edition française avec notes et additions par Paul Delbet, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. — Préface du professeur Le Dentu.

La meilleure analyse qu'on puisse faire, nous semble-t-il, du livre dont on vient de lire le titre, se trouve dans la préface qu'a écrite M. le professeur Le Dentu. Nous n'avons que des éloges à adresser au traducteur qui nous a donné un texte très clair et montré, par les annotations discrètes qu'il a ajoutées dans le texte de Rudinger, qu'il connaît à fond les travaux les plus récents publiés soit en France, soit à l'étranger.

Nous voilà bien à l'aise maintenant pour dire notre sentiment sur l'œuvre du très distingué professeur bavarois

Franchement, nous avons été un peu déçu en la parcourant. Nous nous imaginions que, dans un pays où les opérations chirurgicales les plus hardies sont monnaie courante, eux qui font profession d'étudier tous les jours le corps humain avaient à cœur de faciliter la tâche aux chevaliers du bistouri.

Eh bien ! qu'on lise le chapitre consacré au bassin de la femme, qu'y trouve-t-on ? Rien. Les rapports des uretères avec le col de l'utérus, les ligaments larges y sont à peine esquissés. On rencontre dans le manuel que nous avons sous les yeux un paragraphe intitulé: Anatomie topographique des reins et des uretères. Qu'y voit-on autre chose que ceci ? Le rein repose sur les parties latérales de la portion lombaire de la colonne vertébrale; les uretères croisent le détroit supérieur du bassin.

Combien je préfère, pour étudier les rapports du rein, le chapitre excellent qu'on trouve dans la thèse de Récamier avec les remarquables planches de Farabeuf. Au moins, si après l'avoir lu nous prenons la onzième côte pour la douzième, si nous ouvrons la plèvre en cherchant le rein par la voie lombaire, nous pourrons faire notre *mea culpa;* si nous ne savions, en pareille occurrence, que ce qu'a écrit Rudinger, nous serions bien excusables.

J'ai pris deux exemples au hasard, j'en pourrais citer bien d'autres.

L'éminent chirurgien de l'hôpital Necker écrit dans sa préface :

« Dans une boutade de mauvaise humeur et de jalousie, un anatomiste pur pourrait définir l'anatomie topographique : un assemblage de notions incomplètes d'anatomie, de physiologie et de pathologie incapable d'apprendre ni l'anatomie, ni la physiologie, ni la pathologie à ceux qui ne les savent pas à l'avance. »

Il y a beaucoup de vrai dans cette assertion; mais, avouons-le, elle n'est pas tendre pour ceux qui ont écrit sur la matière. D'ailleurs, l'anatomie topographique répond à

un besoin, quoiqu'on puisse dire, l'étude des régions plan par plan, en montrant au chirurgien les organes qu'il doit éviter, les points où il doit enfoncer son bistouri, pour ainsi dire sans danger, mérite d'être faite avec soin, et je préfèrerais de beaucoup un praticien qui la connaîtrait à fond à celui qui me dirait sans broncher les branches collatérales de la maxillaire interne ou de l'ophtalmique, et qui hésiterait sur le point où on doit débrider dans la hernie crurale.

Concluons : C'est une bonne fortune pour nous que d'avoir un livre qui nous montre comment, en Bavière, on entend l'étude succincte de l'anatomie topographique; lisons-le, la valeur de l'homme qui l'a écrit vaut bien qu'on s'y arrête, mais si nous voulons nous instruire sur le sujet restons fidèles à Richet, à Tillaux sans oublier Poirier, bien qu'il fasse, à notre avis, un peu trop d'anatomie fine dans un livre intitulé : Anatomie médico-chirurgicale.

A. D.

COURRIER

—

L'inauguration d l'hôpital de Villière-sur-Marne. — Cette cérémonie que nous avons annoncée dans notre courrier de samedi, a eu lieu dimanche, à une heure, sous la présidence de M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'intérieur. Une foule nombreuse, composée principalement de dames, avait répondu à l'invitation du Conseil d'administration de l'œuvre des enfants tuberculeux. A leur arrivée, les assistants se sont réunis, au son d'une musique militaire, dan une des salles du nouvel hôpital. M. Monod, ayant à sa droite M. Hérard, président d l'œuvre, M. le sénateur Théophile Roussel ; à sa gauche, MM. les docteurs Jules Rochard et Ladrect de La Charrière, a donné la parole à M. Hérard qui a fait ressortir l'importance de l'œuvre et ses résultats dans une allocution qui a ému tout le monde. Le directeur de l'Assistance publique a prononcé ensuite un de ces discours dont il a le secret. Tous deux ont été vivement applaudis.

L'assistance, guidée par les orateurs, a parcouru alors toutes les parties de ce petit établissement modèle, où toutes les exigences de l'hygiène contemporaine sont satisfaites et dans lequel on a su allier le confortable, l'élégance et l'économie, conditions qu'on regarde habituellement comme incompatibles. Après cette promenade hygiénique l'assistance s'est réunie dans une salle où un lunch lui a été gracieusement offert par un des membres de l'œuvre. On a ensuite posé la première pierre du second pavillon destiné à compléter, à bref délai, cet établissement qui fait le plus grand honneur à l'œuvre qui l'a entreprise, au docteur Petit, qui en a dirigé la construction, et à M. Isabey, l'architecte qui en a tracé les plans et qui l'a bâti.

A quatre heures et demie, tout le monde était de retour à Paris.

Concours de l'externat. — Questions posées : Muscles fessiers. — Configuration extérieure et rapports de la face inférieure du foie.

Ce soir, à quatre heures, commenceront les épreuves pour les vétérans.

Les médecins de Paris et la loi. — La loi exige que les diplômes des médecins soient visés à Paris à la préfecture de police et au greffe du tribunal civil. Une pénalité de 25 à 100 francs d'amende étant inscrite dans la loi, le parquet dirigera des poursuites contre les contrevenants.

Les malades payants dans les hopitaux de Bordeaux. — Voici un vœu qui vient d'être adopté par une commission de médecins et de chirurgiens de Bordeaux :

1° On mettra à la disposition du public quelques chambres de grands payants dans lesquelles on n'admettra que les cas urgents ;

2° On créera un service de petits payants avec salles communes qui sera confié à tour de rôle, aux médecins et chirurgiens adjoints. Ce service, comme le premier, n'admettra que les cas urgents.

MÉDECINS AUXILIAIRES. — Les médecins auxiliaires de réserve appartenant aux classes 1883, 1886 et 1887 appelés en 1894 dans les corps auxquels ils sont affectés, seront convoqués aux mêmes dates que les autres réservistes de ces corps et par ordres individuels.

L'HYGIÈNE DEVANT L'ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES. — Le prix Carlier (1,000 fr.) a été accordé à M. Alfred des Cilleuls, chef de division à la préfecture de la Seine, pour son ouvrage : *Des secours à domicile dans la ville de Paris.*

— L'Académie de médecine de New-York vient d'ouvrir, à l'usage des membres de cette société, une buvette et un fumoir. Cette mesure a rencontré une certaine opposition et le succès en reste encore douteux.

— Nous apprenons qu'une commission nommée par la Société des agrégés pour étudier les réformes à apporter dans le concours et la carrière de l'agrégation, se propose de demander la création de professeurs adjoints.

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX DE PARIS. — Trois places de médecin sont actuellement vacantes dans les hôpitaux :

Une à lhôpital Laennec, en remplacement de M. Ball, décédé;

Une à la Salpêtrière, en remplacement de M. Joffroy, nommé professeur de clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne;

Une à l'hôpital Necker, par suite du transfert à Saint-Antoine de la clinique médicale occupée autrefois par le professeur Peter;

Trois autres places seront vacantes le 25 décembre. à Beaujon, à la Charité et à la maison Dubois, par suite de la retraite de MM. Guyot, Luys et Lécorché.

Enfin, un deuxième service de médecine va être créé à l'hôpital d'Aubervilliers.

Cela fait en tout 7 places de médecin à donner. Toutefois, M. Lecorché ne sera pas remplacé quant à présent à la maison Dubois, la réorganisation de cet établissement est en ce moment à l'étude et peut amener des modifications dans le personnel médical de l'hôpital.

Les mutations à faire auront lieu après la prochaine séance de la Société médicale des hôpitaux.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Mesures contre l'incendie.* — La Direction de l'Assistance publique vient de prescrire la manœuvre, dans tous les hôpitaux et à des intervalles asse rapprochés, des appareils pour combattre l'incendie. Des gardiens, des infirmiers sont exercés à la manœuvre des pompes, à la descente des malades par les fenêtres au moyen de cordes, etc. Bien entendu, les malades sont, pour la circonstance, figurés par de simples matelas, voire même des infirmiers de bonne volonté.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — A été nommé chevalier dans l'ordre national de la Légion d'honneur. Au grade de chevalier : M. Vergos, médecin de 1re classe de la marine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. Marie et Potiers sont nommés moniteurs des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

M. Létienne est nommé aide du laboratoire de clinique d'accouchements.

PRIX CHATEAUVILLARD. — Le prix a été partagé entre :

M. Laborde, 900 francs pour son *Traité élémentaire de physiologie*;

M. Huchard, 500 francs pour : 1° *Etude clinique de la cardio-sclérose;* 2° *Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux.*

M. Aviragnet, 300 francs. *De la tuberculose chez les enfants.*

M. Pilliet, 300 francs. *Etude d'histologie pathologique sur la tuberculose expérimentale et spontanée au foie.*

Mention honorable à M.E. Berger pour : *Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale.*

Faculté de Bordeaux — *Concours de chef de clinique médicale.* — A la suite d'un concours, M. le docteur Hobbs, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé chef de clinique médicale de la Faculté et M. le docteur Mangours, chef de clinique adjoint.

Faculté de médecine de Lille. — M. Tondeur est nommé aide-préparateur des travaux de médecine légale.

M. Combemale, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lille.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Barral est chargé des fonctions d'agrégé (section de chimie).

M. Repelin est nommé aide de clinique des maladies des femmes.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Sautenoise est nommé préparateur de thérapeutique.

M. Voinot est nommé préparateur d'anatomie pathologique et histologique.

Ecole de médecine d'Alger. — M. Haffner est nommé, pour trois ans, prosecteur.

M. Perrin est nommé, pour l'année scolaire 1893-1894, préparateur d'anatomie pathologique et histologique.

Ecole de médecine d'Angers. — M. Monprofit, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, d'un cours de clinique obstétricale et gynécologie.

Ecole de médecine de Limoges. — M. Biais est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

Mort du professeur Tyndall. — C'est bien empoisonné par une dose excessive de chloral administré par erreur, que le professeur Tyndall est mort il y a quelques jours.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Sont désignés: MM. les médecins de 1er classe Plouzané, pour le 1er tonkinois; Valence et Richer de Forges, pour le 2e tonkinois; Depied et Buisson, pour le 3e tonkinois; Tréguier, pour le 9e régiment du Tonkin.

M. le médecin de 1re classe Layet passe au 4e régiment d'infanterie de marine à Toulon.

MM. les médecins de 2e classe Damian, Bavay, Giraud, Reboul, Brugère et Carbonel sont destinés aux trois régiments de tirailleurs tonkinois.

Corps de santé militaire. — M. Vedel, médecin-major de 2e classe au 15e régiment de chasseurs, est aff. aux troupes de l'armée de terre dét. en Annam et au Tonkin.

M. Bilouet, médecin-major de 2e classe dés. pour les troupes de l'armée de terre dét. en Annam et au Tonkin, est aff. aux hôpitaux militaires de la division d'Alger.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Arthralgies scarlatineuses anormalement précoces. — L'infection et le rhumatisme noueux (1)

Par M. P. Le Gendre, médecin des hôpitaux.

I

Je viens d'observer, à l'hôpital Trousseau, un cas d'arthropathies scarlatineuses qui se distingue par la précocité de l'apparition des manifestations articulaires (le deuxième jour).

Louise N..., âgée de 14 ans, n'ayant jamais eu de douleurs rhumatismales, est prise, le 17 novembre, de fièvre et d'angine érythémateuse sans exsudat. Le 18 novembre, on constate sur son corps un exanthème scarlatin typique. Mais elle se plaint surtout de douleurs articulaires vives, siégeant dans les deux genoux et les articulations radio-carpiennes des deux mains. On ne constate pas de gonflement au niveau de ces jointures, mais la moindre pression et toute tentative pour leur imprimer des mouvements arrache des cris à l'enfant.

Il n'existe pas d'albuminurie T. R. 38°,6.

La desquamation a débuté le 23 novembre ; les douleurs articulaires ont disparu ce jour-là. Mais, le 26 novembre, elles ont reparu dans l'articulation radio-carpienne droite, contrairement à l'observation de Trousseau qui pensait que le rhumatisme scarlatin ne touche pas deux fois de suite les mêmes articulations. Les articulations des phalanges de la main droite furent aussi douloureuses. Mais cette seconde crise a été moins intense et plus courte que la première. La température ne s'est élevée que de 0°6.

Il s'est agit ici d'arthropathies ou d'arthralgies qui ont duré la première fois cinq jours, et deux jours la seconde. On admet en général que les arthropaties qui se montrent au décours de la scarlatine sont l'expression d'une infection secondaire par le streptocoque, qui a été trouvé dans l'exsudat séreux comme dans le pus des articulations. La précocité de l'apparition des douleurs articulaires, qui ont exactement coïncidé avec l'invasion, rend cette interprétation peut-être difficile à admettre dans ce cas.

II

Lorsque M. Richardière a signalé l'existence d'arthropathies noueuses avec lésions des os persistantes après la scarlatine et d'autres arthrites infectieuses d'origines diverses, je me suis rappelé combien l'étiologie du rhumatisme noueux est vague, et j'ai repassé dans ma mémoire les cas de cette affection qu'il m'a été donné d'observer. Dans le passé des malades, enfants ou adultes, sur lesquels j'ai fait enquête, j'ai relevé un nombre assez grand de maladies infectieuses, fièvres éruptives, typhoïdes, blennorrhagies nombreuses et prolongées, syphilis, suppurations génitales ou

(1) Note lue à la Société médicale des hôpitaux.

bronchiques. Plusieurs fois l'apparition des premières douleurs rhumatoïdes, précédant les déformations osseuses, a suivi de près une infection. Aussi me suis-je demandé si le rhumatisme noueux ne serait pas l'expression, personnelle à certains organisme, d'une influence infectieuse quelconque, soit que ces organismes aient une aptitude réactionnelle particulière des épiphyses osseuses et des tissus fibro-séreux, soit plutôt, comme j'incline à le croire, que les lésions ostéo-articulaires soient actionnées par une trophopathie nerveuse.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séancc publique annuelle du 12 décembrc 1893 — Présidence de M. LABOULBÈNE

DISTRIBUTION DES PRIX

La salle de l'Académie avait mardi dernier ses allures de fête. Les fauteuils étaient remplis non plus par les seuls académiciens, mais par une éléganle société où d'élégantes toilettes de femmes se mêlaient aux costumes plus sombres des médecins invités pour la circonstance.

M. GADET DE GASSICOURT, le secrétaire annuel, a d'abord, dans un très éloquent discours, fait l'éloge des académiciens morts dans l'année et lu ensuite le rapport général sur les prix décernés en 1893.

Puis, M ALPONSE GUÉRIN a prononcé l'éloge du professeur Trélat. Il nous suffira de dire pour en faire l'éloge que nous regrettons de ne pouvoir le reproduire *in extenso*.

Prix de 1893

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 francs. (Annuel.)

Question : *Des origines et des modes de transmission des cancers.*

Quatre concurrents se sont présentés.

Un prix de 700 francs est décerné à M. le docteur MAURICE CAZIN, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, auteur du mémoire n° 2.

L'Académie accorde en outre :

1° Un encouragement de 150 francs à M. le docteur JEAN FABRE, de Lyon, pour son travail portant le n° 4 ;

2° Un encouragement de 150 francs à M. le docteur G. RAPPIN, chef des travaux de bactériologie à l'École de médecine de Nantes, auteur du mémoire n° 3 ;

3° Enfin une mention honorable à M. le docteur ARNAUDET, médecin à Cormeilles (Eure), pour son travail inscrit sous le n° 1.

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (Brésil). — 800 francs. (Annuel).

Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire, ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Vingt-sept ouvrages ou mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie.

Le prix est partagé de la manière suivante :

400 francs à M. VAUDIN, pharmacien à Fécamp, pour son travail inscrit sous le n° 4.

400 francs à M. le docteur SÉBILEAU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pour son travail portant le n° 23.

Des mentions honorables sont en outre accordées à :

1° M. ORIOU, médecin-major au 17° régiment de chasseurs, autour du mémoire inscrit sous le n° 13 ;

2° M. le docteur LAFFITTE, de Paris, pour son ouvrage portant le n° 22 ;

3° M. le docteur AZOULAY, de Paris, auteur du travail portant le n° 26.



PRIX D'ARGENTEUIL. — 6,800 francs. (Sexennal.)

Ce prix sera décerné à l'auteur dn perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs de rétrécissements du canal de l'urèthre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des voies urinaires.

Six candidats se sont présentés.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les récompenses suivantes :

1° 3,000 francs à M. le docteur DESNOS, de Paris, pour ses mémoires inscrits sous le n° 6 ;

2° 1,500 francs à M. le docteur NOGUÈS, de Paris, pour son ouvrage n° 5;

3° 1,500 francs à M. COLLIN, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, auteur de divers instruments inscrits sous le n° 2 ;

4° 800 francs à M. GENOUVILLE, interne des hôpitaux de Paris, pour son ouvrage n° 4.

PRIX BARBIER. — 2,500 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage. le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Six ouvrages ont été adressés pour ce concours.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement :

1° 1000 francs à MM. les docteurs THOINOT et DUBIEF, de Paris, pour leur mémoire fait en collaboration, portant le n° 5 ;

2° 750 francs à M. le docteur GALLIARD, de Paris, pour son ouvrage inscrit sous le n° 3 ;

3° 750 francs à M. le docteur LESAGE et M. THIERCELIN, interne des hôpitaux de Paris, pour leur travail fait en collaboration et inscrit sous le n° 6.

PRIX HENRI BUIGNET. — 1,500 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs sera partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

L'Académie a reçu huit ouvrages pour ce concours.

Le prix est décerné à M. le docteur HANRIOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, auteur du travail inscrit sous le n° 8.

PRIX CAPURON. — 1200 francs. (Annuel.)

Question : *De l'influence des maladies de la mère sur le fœtus et réciproquement de l'influence des maladies du fœtus sur l'etat de santé de la mère.*

Quatre mémoires sur ce sujet ont été soumis à l'examen de l'Académie.

Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. (Annuel.)

Question: *Des troubles de l'intelligence dans la fièvre typhoïde.*

Six mémoires sur ce sujet ont été adressés au concours.

L'Académie partage le prix entre :

1° M. le docteur HONORÉ BIDON, médecin des hôpitaux de Marseille, auteur du mémoire n° 5.

2° M. le docteur Calixte Rougé, médecin en chef de l'asile des aliénés de Limoux (Aude), pour son travail portant le n° 3.

L'Académie accorde en outre une mention honorable à M. le docteur Vincent Pagliano, médecin des hôpitaux de Marseille, auteur du mémoire portant le n° 2.

PRIX DAUDET. — 1000 francs. (Annuel.)

Question: *Des parotidites.*

Quatre concurrents se sont présentés.

L'Académie décerne :

1° Un prix de 800 francs à MM. les docteurs Paul Claisse et Ernest Dupré, de Paris, pour leur mémoire fait en collaboration et inscrit sous le n° 3;

2° Un prix de 200 francs à M. le docteur Cristiani privat docent à l'Université de Genève, et à Mme Cristiani, docteur en médecine, pour leur ouvrage fait en collaboration et inscrit sous le n° 2.

PRIX DESPORTES. — 1300 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Neuf ouvrages ont été soumis au concours.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les récompenses suivantes :

1° Une mention très honorable avec une somme de 500 francs à M. le docteur Paul Delmas, de Bordeaux, auteur de l'ouvrage inscrit sous le n° 4;

2° Une mention très honorable, avec une somme de 500 francs, à M. le docteur Thomas, médecin-major de 1re classe, à l'hôpital militaire de Bordeaux, pour son mémoire portant le n° 9;

3° Un encouragement de 300 francs à M. le docteur Cathelineau, chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine, et à M. Lebrasseur, chimiste à Paris, pour leur ouvrage fait en collaboration et inscrit sous le n° 8.

CONCOURS VULFRANC GERDY

Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir, près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger, des élèves en médecine nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine.

L'Académie a versé, en 1893, les sommes suivantes à MM. les stagiaires :

1° 3500 francs à M. Arthus, pour ses missions, en 1893, à Chatelguyon et à Saint-Nectaire, et son rapport sur les eaux minérales de Vichy (mission de 1892) ;

2° 3500 francs à M. Bernard, pour ses missions, en 1893, à Royat et à Hammam-Meskoutine, et son rapport sur les eaux minérales de La Bourboule (mission de 1892).

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 francs. (Annuel.)

Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Six concurrents se sont présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Ernest Basset, ancien interne des hôpitaux, auteurs du travail portant le n° 6.

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — 1000 francs. (Annuel.)

Question : *De l'ictère des nouveau-nés.*

Deux mémoires sur ce sujet ont été adressés à l'Académie.

Le prix est décerné à M. le docteur Lesage, de Paris, chef du Laboratoire de la Faculté, et à M. le docteur Demelin, de Paris, chef de clinique d'accouchements à la Faculté, auteur du mémoire portant le n° 1; travail fait en collaboration.

PRIX LABORIE. — 5000 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Huit concurrents se sont présentés.

Le prix n'est pas décerné, mais l'Académie accorde les encouragements suivants :

1° 1000 francs à M. le locteur PLICQUE, de Paris, auteur du travail inscrit sous le n° 2.

2° 1000 francs à M. le docteur VAILLARD, professeur à l'école du Val-de-Grâce, mémoire n° 3.

3° 1000 francs à M. le docteur JULES BŒCKEL, de Strasbourg, ouvrage n° 4 ;

4° 1000 francs à M. le docteur EUGÈNE ROCHARD, de Paris, pour son travail portant le no 6 ;

5° 500 francs à M. le docteur CHOUX, médecin-major à l'hôpital de Vincennes, à titre de mention honorable pour son mémoire n° 7 ;

6° 500 francs et une mention honorable à M. le docteur ALDIBERT, de Toulouse, ouvrage n° 1.

PRIX LAVAL. — 1000 francs. (Annuel.)

Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Le prix est décerné à M. EDOUARD-ALFRED FRITEAU, étudiant à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX LEFÈVRE. — 1800 francs. (Triennal.)

Question : *De la mélancolie.*

Quatre mémoires sur ce sujet ont été soumis au concours.

L'Académie partage les prix de la manière suivante :

1° 1000 francs au mémoire inscrit sous le n° 4 ; les auteurs de ce travail sont MM. les docteurs CHARLES VALLON et AUGUSTE MARIE, médecins des asiles d'aliénés de la Seine.

2° 800 francs à M. le docteur SÉGLAS, de Paris, auteur du mémoire n° 3.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

L'Académie a reçu neuf ouvrages sur ce sujet.

Un prix de 1600 francs est décerné à M. le docteur TSCHERNING, de Paris, auteur du mémoire inscrit sous le n° 9.

L'Académie accorde en outre :

1° Une mention très honorable avec une somme de 500 francs à M. le docteur SULZER, privatdocent d'ophtalmologie à l'Université de Genève, pour son travail portant le n° 3 ;

2° Une mention très honorable avec une somme de 500 francs à M. le docteur FÉLIX LAGRANGE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, auteur du l'ouvrage n° 7.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 francs. (Annuel.)

M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée à subventionner par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

« Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant, soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Dix concurrents se sont présentés.

L'Académie partage le prix de la manière suivante :

1° 1000 francs à M. le docteur VIAUD, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, pour son ouvrage inscrit sous le no 8 ;

2° 500 francs à M. le docteur LOIR, médecin à Sydney (Australie), pour son travail portant le n° 6.

Deux mentions honorables sont en outre accordées :

1° M. le docteur Gillet de Grammont, de Paris, auteur du mémoire no 2 ;

2° M. le docteur Charles Leroux, de Paris, pour son ouvrage, inscrit sous le n° 7.

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire, ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé d'une substance médicamenteuse.

Un seul mémoire a été adressé à l'Académie.

Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Le même sujet est remis au concours pour 1896.

PRIX OULMONT. — 1000 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or), au concours annuel des prix de l'Internat. (Médecine.)

M. Claisse, interne des hôpitaux de Paris, a obtenu le prix.

PRIX PORTAL. — 600 francs. (Annuel.)

Question : *Les luxations congénitales de la hanche.*

Deux mémoires ont été présentés au concours.

Le prix est décerné à l'auteur du mémoire n° 2, M. le docteur Arnold Vallette, de Genève (Suisse).

PRIX POURAT. — 1200 francs. (Annuel.)

Question : *Déterminer, à l'aide de l'expérimentation et de la physiologie pathologique, le rôle du pancréas dans la glycogénie et la glycosurie diabétique.*

Un seul mémoire sur ce sujet a été soumis à l'examen de l'Académie.

Le prix est décerné à M. le docteur Thiroloix, de Paris, auteur de ce travail.

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 francs. (Bisannuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Sept ouvrages ont été présentés au concours.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Paul Charrier, de Paris, pour son travail inscrit sous le n° 6.

PRIX TREMBLAY. — 7200 francs. (Quinquennal.)

Ce prix sera décerné au meilleur travail sur les maladies des voies urinaires : catarrhe, affections de la prostate, plus particulièrement ces deux cas.

Six candidats se sont présentés.

L'Académie décerne :

1° Un prix de 2000 francs à M. le docteur Albarran, de Paris, pour son ouvrage portant le n° 5 ;

2° Un prix de 2000 francs à M. le docteur Launois, de Paris, pour son travail inscrit sous le n° 3 ;

3° Un prix de 2000 francs à M. le docteur Reblaub, de Paris, auteur du mémoire n° 4 ;

4° Une récompense de 1200 francs à M. le docteur E. Vignard, de Nantes, ouvrage n° 2.

PRIX VERNOIS. — 700 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

Dix-sept ouvrages ont été soumis au concours.

L'Académie décerne :

1° Un prix de 300 francs à M. le docteur Richard, médecin chef de l'hôpital de Gabès (Tunisie), auteur du mémoire portant le n° 1 ;

2° Un prix de 200 francs à M. le docteur Trousseau, de Paris, pour son travail portant le n° 9 ;

3° Un prix de 200 francs à M. le docteur Dupuy, de Saint-Denis (Seine), pour son étude inscrite sous le n° 17 ;

4° Une mention honorable à M. Zune, de Paris, pour son travail portant le n° 2 ;

5° Une mention honorable à MM. les docteurs Charles Girard et Bordas, de Paris, auteurs du mémoire n° 5 (travail fait en collaboration) ;

6° Une mention honorable à M. le docteur Rouvier, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth, pour son ouvrage portant le n° 3 ;

7° Enfin une mention honorable au travail n° 10, ayant pour auteur M. le docteur Delorel, de Noyon (Oise).

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le Ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder pour le service des eaux minérales de la France pendant l'année 1891 :

1° Médaille d'or, à : M. le docteur Bouyer, ex-médecin-inspecteur à Cauterets.

2° Médailles d'argent à : MM. les docteurs Bovet, médecin à Pougues-les-Eaux ; Forestier, médecin à Aix-les-Bains ; Marty, médecin-major de 1re classe, à Chollet ; Mœller, membre correspondant de l'Académie de médecine de Belgique.

3° Rappels de médailles d'argent à MM. les docteurs Chauvet, Delastre, Ferras, Marboux, de Piétra Santa, Planche, Sénac-Lagrange.

4° Médailles de bronze, à : MM. les docteurs Allot, Barbaudoui et Rouillard, de Bénazé, docteur en droit, Choux, médecin-major de 1re classe, Francon, Piot, médecin-major de 2e classe.

5° Rappel de médaille de bronze, à : M. le docteur G. Farges.

Service des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le Ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1892 :

1° Médailles d'or à : MM. les docteurs Fichot, de Nevers ; Lallemant, de Dieppe ; Villard, de Guéret.

2° Rappels de médailles d'or à : MM. les docteurs Aubert, médecin-major de 1re classe, Carlier, médecin-major de 2e classe ; Chabenat, de la Châtre (Indre) ; Fiessinger, (d'Oyonnax) ; Le Roy des Barres, de (Saint-Denis) ; Sicard, de (Béziers).

3° Médailles d'argent à : MM. les docteurs Delahousse, médecin principal de 1re classe, Legée, d'Abbeville.

4° Rappels de médailles d'argent à : MM. les docteurs Boucher, médecin-major de 2e classe, Bastiou, Durand, Duvernet, Jaubert, médecin-major de 2e classe, Mantel, Rousseau, Sudour.

5° Médailles de bronze à : MM. les docteurs Bouyer, Boyer, Bunel, Cassedebat, médecin-major de 1re classe, Deschamps, Dignat, Herck, médecin-major de 2e classe, Liénard, médecin principal de 2e classe, Zipfel, médecin aide-major de 1re classe, Malinas, médecin-major de 1re classe, Marotte, médecin major de 2e classe, Moreaud, médecin, major de 2e classe, Paris, Pain, Parisot, Provendier, Reynaud, Roux de Brignolle, Salètes; médecin-major de 2e classe, Tartière, médecin-major de 1re classe, Vergely.

6° Rappels de médailles de bronze à : MM. les docteurs Bartoli, Gelly, Géradu; médecin-major de 1re classe, Guibert, Jenot, Loison, médecin-major de 2e classe, Magnant-Mathieu, Pernet, Raymond.

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le Ministre de l'Intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2,000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde aux mémoires ou travaux, en dehors de la question de prix :

1° Médailles de vermeil à : MM. Delage, inspecteur des enfants assistés de la Gironde; le docteur Denizet, inspecteur de la circonscription de Château-Landon (Seine-et-

Marne) ; le docteur Guyot, de Calais, inspecteur des enfants assistés du premier âge ; Savouré-Bonville, inspecteur du département de l'Eure.

2° Rappels de médailles de vermeil à : MM. Fleury, Lelimouzin, le docteur Mazade, le docteur Séjournet, le docteur Sutils.

3° Médailles d'argent à : MM. le docteur Gerson, de Paris, le docteur Ollivier, de Reims ; Tourneur, inspecteur départemental du Morbihan.

4° Rappels de médailles d'argent à : MM. le docteur Barthès, le docteur Carassus, Carlier, le docteur Delobel, Rollet, Serrès.

5° Médailles de bronze à : M. le docteur Convers, de Saint-Étienne ; Mme Hervieu, sage-femme à Sedan ; MM. le docteur Legay, de Lille ; Mathis de Mabreuil, inspecteur départemental de la Vendée ; le docteur Purrey, des Pyrénées-Orientales ; le docteur Thomas, de Genève ; Vaudin, pharmacien à Fécamp ; le docteur de Welling, vice-président de la Société protectrice de l'enfance de Rouen.

Service de la vaccine. — Prix et médailles accordés à MM. les médecins et sages-femmes pour le service de la vaccine, en 1892.

L'Académie a proposé, et M. le Ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder :

I. Un prix de 1,500 francs, à partager également entre MM. les docteurs A. Calmette, médecin de 1re classe des colonies ; G. Lépinay, médecin de 2e classe des colonies ; P.-A. Cassedebat, médecin-major de 1re classe ; Martial Hublé, médecin-major de 2e classe ; Émile Tartière, médecin-major de 1re classe.

II. Quatre médailles d'or, à : MM. les docteurs Chaumier, à Tours (Indre-et-Loire) ; Choux, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes (Seine) ; Huguenard, médecin-major de 1re classe au 161e régiment d'infanterie au camp de Châlons (Marne) ; Émile Sudour, médecin-major de 2e classe au 15e régiment d'infanterie, à Carcassonne.

III. Cent médailles d'argent à : MM. Adam (Émile), Baradal, Baratier, Bardy ; Mme Barillet (Léonie), Mlle Bauduin, MM. Bérard (A.), Blanche, Bondon, Mme Bonjan, MM. Bontemps, Boquin, Mmes Bories, Bouquiez (veuve), MM. Bouzol, Boyt, Brallet (E.), Mme Burellier (veuve), MM. Camescasse (Jean), Chabaud, Mme Chauffour (Maria), MM. Chonnaux-Dubisson (T.), comte (H.),, Courgey, Courteneuve, Crimail, Dauvin, Delhoste (François), Mmes Delpy (Marion), Desplanques-Dumoulin, Dinard, Ducomet, MM. Dufau, Dupérié, Duriau (Gustave), Duvernet, Mmes Estèbe (Thérèse), Finqueneisel (veuve), MM. Fleury (de), Fougerou, Fouilloux, Fuzet du-Pouget, Gaillard, Galand (Aimé), Mme Godfrind-Leroy, MM. Gounand, Guers, Hervéou, Heylles, Jacquey, Mme Jauze (Virginie), M. Jenot (Ed.), Mme Klein (Marie), M. Lafite (Charles), Mme Lafitte (Clotilde), MM. Lagarde, Lalagade (Paul), Mme Lannelongue (Marie), M. Launay, Mmes Lecorre, Léger, MM. L'Hostie de Kerhor, Lop (A.), Mmes Machaski (Lucie, veuve Barbe), Malineau, Martin (Julie), Martres (Marie), (dame Méda), MM. Massin, Massina, Mme Mathieu, MM. Maze, Ménard, Moinet (Georges), Monart (H.), Mme Morland-Delvallée, M. Mougeot, Mme Mouro (veuve), M. Nodet, Mme Parrot (Marie), MM. Paulet, Perrin, Piot (Charles), Poirson, Poujol (J.), Pouliot, Pourquier, Raymond (Paul), Reisser, Revouy, Reyne, Ricard, Rigodon, Mme Sauvage-Lavabre, M. Schmit (Adrien), Mme Senglar (veuve), MM. Stagienski, Sutils, Mlle Templer, Mme Treillou, M. Welling (de).

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1894

(*Les concours seront clos fin février 1894*)

Prix de l'Académie. — 1.000 francs. — Question : *De l'étiologie de la grippe.*

Prix Alvarenga. — 800 francs. — (Voir plus haut les conditions du concours).

Prix Amussat. — 800 francs. (Bisannuel). — A l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

PRIX BAILLARGER. — 2.000 francs. (Bisannuel). — A l'auteur du meilleur mémoire sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés aux aliénés.

PRIX BARBIER. — 2.500 francs. — (Voir plus haut les conditions du concours).

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1.200 francs. — A l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

PRIX HENRI BUIGNET. — 1.500 francs. — (Voir plus haut les conditions du concours).

PRIX CAPURON. — 1.200 francs. — Question : *Etude comparative sur le traitement hydrologique du diabète sucré.*

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. — Questions : *Des troubles du langage chez les aliénés.*

PRIX DAUDET. — 1.000 francs. — Question : *De l'hystérectomie totale et de sa valeur dans le traitement du cancer de l'utérus.*

PRIX DESPORTES. — 1.300 francs. — (Voir plus haut les conditions du concours).

PRIX FALRET. — 900 francs. (Bisannuel). — Question : *Les Somnambulistes.*

PRIX ERNEST GODARD. — 1.000 francs. — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — 1.000 francs. — Question : *De la mort apparente des nouveau-nés.*

PRIX HERPIN (de Metz). — 1.200 francs. (Quadriennal). — Question : *Du traitement abortif de l'érysipèle.*

PRIX ITARD. — 2.400 francs. (Triennal). — A l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

PRIX LABORIE. — 5.000 francs. — (Voir plus haut les conditions du concours).

PRIX LAVAL. — 1.000 francs. — (Voir plus haut les conditions du concours).

PRIX MEYNOT. — 2.600 francs. — A l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1.500 francs. — (Voir plus haut les conditions du concours).

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. — A l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé d'une substance médicamenteuse.

PRIX OULMONT. — 1.000 francs. — A l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat. (Chirurgie).

PRIX ORFILA. — 6.000 francs. (Bisannuel). — Question : *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale ?*

PRIX PORTAL. — 600 francs. — Question : *Anatomie pathologique des maladies causées par le bacterium coli commune.*

PRIX POURAT. — 1.000 francs. — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

PRIX SAINTOUR. — 4.400 francs. (Bisannuel). — A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX SAINT-PAUL. — 25,000 francs. — A la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphtérie.*

PRIX SAINT-LAGER. — 1,500 francs. — A l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses.

PRIX STANSKI. — 1,800 francs. (Bisannuel). — A celui qui aura démontré le mieux

l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

PRIX VERNOIS. — 700 francs. — Au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1895

(*Les concours seront clos fin février* 1895)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1,000 francs. — Question : *Phénomènes circulatoires, thermiques et chimiques de la contraction des muscles striés.*

PRIX ALVARANGA, BARBIER, BUIGNET, BOURCERET. (Voir plus haut les conditions du concours).

PRIX ADRIEN BUISSON. — 10,500 francs. — A l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir les maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

PRIX CAPURON. — 1,200 francs. — Question : *Recherches expérimentales sur un sujet d'obstétrique laissé au choix de chacun des concurrents.*

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. — Question : *Des obsessions en pathologie mentale.*

PRIX CHEVILLON. — 1,500 francs. — A l'auteur du meilleur travail sur le traitemen des affections cancéreuses.

PRIX DAUDET. — 1,000 francs. — Question : *Du Myxœdème.*

PRIX DESPORTES. — 1,300 francs. — A l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

CONCOURS VULFRANC GERDY. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir, près des principales stations minérales de France ou de l'étranger, des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine.

L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales.

Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1895.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1896.

Une somme de 1,500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1,000 francs. (Triennal), — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

PRIX HUGUIER. — 3,000 francs. — A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements).

Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Ce prix ne sera pas partagé.

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — 1,000 francs. — Question : *Hygiène de la peau pendant la première enfance.*

PRIX LABORIE. — 5,000 francs. — A l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la chirurgie.

PRIX LAENNEC. — 1,000 francs. — Question : *De la bronchite capillaire (d'emblée ou consécutive à la bronchite simple) chez les enfants du premier âge.*

PRIX LAVAL, — 1,000 francs. — A l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

PRIX LOUIS. — 4,000 francs. (Triennal). — Question : *Etude comparée des iodures au point de vue thérapeutique.*

PRIX MÈGE. — 900 francs. (Triennal). — Question : *De la pathogénie des myocardites.*

PRIX MEYNOT. — 2,600 francs. — A l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1,500 francs. — (Voir plus haut les conditions du concours).

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. — (Voir plus haut les conditions du concours.)

PRIX OULMONT. — 1,000 francs. — (Voir plus haut les conditions du concours).

PRIX PERRON. — 3,800 francs (Quinquennal). — A l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine.

PRIX PORTAL. — 600 francs. — Question : *Anatomie pathologique des tumeurs de la parotide.*

PRIX POURAT. — 1,200 francs. — Question : *Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.*

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 francs. (Bisannuel.) — A l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

PRIX VERNOIS. — 700 francs. — Au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1896

(*Les Concours seront clos fin février 1896*)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1,000 francs. — Question : *Du rôle respectif de l'hérédité et de a contagion dans la propagation de la tuberculose.*

PRIX AMUSSAT, ALVARENGA, BAILLARGER, BARBIER, BOULLARD, BOURCERET, BUIGNET (Voir plus haut les conditions du concours).

PRIX CAPURON. — 1,200 francs. — Question : *De l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du fœtus.*

PRIX CHEVILLON. — 1,500 francs. — Au meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. — Question : *De l'hallucination dans les maladies mentales.*

PRIX DAUDET. — 1,000 francs. — Question : *Des angines couenneuses non diphtériques.*

PRIX DESPORTES. — 1,300 francs. — Au meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

PRIX FALRET. — 900 francs (Bisannuel). — Question : *Le morphinisme et la morphinomanie.*

PRIX ERNEST GODARD, LABORIE ET LAVAL. — (Voir plus haut les conditions du concours)

PRIX HUGO. — 1,000 francs (Quinquennal). — A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

PRIX LEFÈVRE. — 1,000 francs (Triennal). — Question : *De la mélancolie.*

PRIX MEYNOT, MONBINNE, MATIVELLE ET OULMONT. (Voir plus haut les conditions du concours).

PRIX PORTAL. — 600 francs. — Question : *Anatomie pathologique du système lymphatique (réseaux, canaux et ganglions), dans la sphère des néoplasmes malims.*

PRIX POURAT. — 1,000 francs. — Question : *Des relations qui existent entre la thermogenèse et les échanges respiratoires.*

PRIX SAINTOUR. — 4,4000 francs (Bisannuel). — A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX SAINT-PAUL, STANSKI, VERNOIS. — (Voir plus haut les conditions du concours).

NOTA. — Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresse des auteurs.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis aux concours, à l'exception des prix Buignet et Huguier.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Alvarenga, Amussat, d'Argenteuil, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Chevillon, Desportes, Godard, Huguier, Itard, Laborie Meynot, Monbinne, Nativelle, Perron, Ricord, Saint-Paul, Saintour, Stanski, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés* sont exceptés de cette dernière exposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des Eaux Minérales, des Epidémies, de l'Hygiène de l'Enfance et de la Vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, intruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

PRIX AUBERT. — 500 francs. — M. le Dr Aubert, de Mâçon (Saône-et-Loire), a donné à l'Académie de médecine la somme de 500 francs pour être distribuée, en 1898, à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : *Rechercher par l'observation clinique et expérimentale s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose.*

COURRIER

— La Faculté de médecine de Lyon a présenté, pour la chaire de médecine opératoire, en premiere ligne, M. Maurice Pollosson ; en deuxième ligne, M. Gangolphe.

PÉTITION POUR LA DÉSAFFECTATION DE L'HÔPITAL TROUSSEAU. — Les habitants des arrondissements qui entourent l'hôpital Trousseau signent en ce moment une pétition pour la désaffectation de cet hôpital. Les motifs invoqués sont que, quoi q'uon fasse, l'hôpital Trousseau restera toujours un foyer d'infection pour les populations avoisinantes. Les pétitionnaires invoquent à l'appui de cette opinion les statistiques de M. Bertillon, qui montrent que la contagion sévit davantage sur les enfants habitant les maisons contiguës à l'hôpital que sur les enfants de l'ensemble du quartier.

Le prix de la vente du terrain servirait à construire dans la zone de l'hôpital Trousseau deux hôpitaux édifiés conformément au progrès de l'hygiène.

MUTATIONS DANS LES SERVICES DE CHIRURGIE DE PARIS. — M. Routier prend le service des voies urinaires à Necker.

M. Brun prend le service des enfants chroniques (chirurgie).

M. G. Marchant prend le service d'Ivry.

M. Bazy prend le service de Bicêtre.

— Les quantité, de coca exportées pendant l'année 1892 ont été : à Londres, de 2,672 livres ; à Hambourg, de 932 livres ; à New-York, de 221 livres.

La quantité totale a été de 3,825 livres, d'une valeur de près de 400,000 francs.

Les feuilles de coca proviennent surtout de la province de Huanuco (Pérou).

— Un conseiller municipal de Paris, M. Faillet, a déposé une proposition tendant à ce qu'un service spécial soit organisé dans chacune des mairies, afin de faciliter aux habitants les mesures d'assainissement ou de désinfection des immeubles qu'ils occupent.

Cette proposition a été renvoyée à l'examen de la sixième commission qui, sans doute, la prendra en considération.

— MM. Strauss et Navarre, conseillers municipaux de Paris, ont été renommés membres du conseil de surveillance de l'Assistance publique.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — La *Conférence annuelle de Broca* aura lieu le jeudi 14 décembre, à 4 heures précises. M. le Dr Capitan traitera du *rôle des microbes dans la Société.*

— M. Dupré, professeur honoraire à la Faculté de médecine et ancien doyen de la Faculté de Marseille, ancien sénateur des Hautes-Pyrénées, vient de mourir subitement à l'âge de 85 ans dans son château d'Urac, près de Tarbes.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie avait à élire un membre titulaire mercredi dernier ; elle a fixé son choix sur notre collègue et ami M. Chaput, auquel nous adressons nos compliments Après la séance, la plupart des membres devaient encore se réunir pour discuter quelques points intéressant le corps des chirurgiens des hôpitaux de Paris ; ce qui fait qu'au point de vue des communications la séance a été courte.

Elle a été employée tout entière à une discussion plutôt théorique que pratique et sur un sujet encore bien obscur, comme on va pouvoir s'en rendre compte par les opinions émises. Il s'agissait de discuter principalement la pathogénie et même l'anatomie pathologique de la *rupture musculaire* et aussi son traitement.

Le tournoi a eu lieu entre M. Michaux et M. Delorme ; mais la question n'est pas vidée et la discussion reprendra dans la prochaine séance.

Donnons d'abord la parole à M. Michaux. C'est à propos de deux malades soumis à son observation que ce chirurgien a repris cette question autrefois étudiée par Farabœuf et reprise depuis par Minier, dans les *Archives générales*, et par Choux et Hartmann, dans la *Revue de chirurgie*.

De ces deux malades, le premier n'est pas très caractéristique, et nous le passerons sous silence. Le second, au contraire, a une histoire intéressante.

C'est un ancien cavalier qui n'a jamais rien ressenti à la cuisse pendant son service militaire et qui, portefaix depuis environ trois ans, a ressenti, il y a quatre mois, de la gêne dans les mouvements en même temps qu'appa-

FEUILLETON

Les balles humanitaires

Quelles raisons, quels prétextes va-t-on trouver désormais pour justifier, non pas la guerre — elle est la négation de tout droit et se passe de toute approbation — mais les effroyables recherches et les inventions infernales qui, de jour en jour, la rendent plus redoutable, plus meurtrière et plus horrible ?

On avait tenté jusqu'à présent d'excuser les pourvoyeurs de la mort qui, de toute la puissance de leurs facultés tendues vers cet unique objet, s'acharnent à découvrir des armes, des projectiles et des explosifs plus sûrement homicides, en affirmant que ces engins nouveaux ne blesseraient davantage que pour moins tuer. Dans les luttes futures, disait-on, les combattants seraient mis hors de combat en très grand nombre, mais il n'y aurait en réalité que peu de décès ; les lésions seraient légères, guériraient vite et sûrement ; puis, la paix signée, les blessés se retrouveraient valides comme devant, sans d'autres dommages que les minuscules cicatrices de leurs petites plaies en séton — juste assez pour témoigner de leur ancienne bravoure et en consacrer le souvenir.

raissait à la cuisse une petite tumeur aujourd'hui d'un certain volume. Elle est molle, siège au niveau du moyen adducteur, ne se montre pas à l'épreuve de la distension passive, c'est-à-dire quand le chirurgien imprime lui-même le mouvement au membre ; mais apparaît dès qu'on commande une contraction volontaire. La marche a été, comme on le voit, lente, et, malgré cela, le diagnostic de tumeur herniaire est écartée et celui de *hernie musculaire* est posé.

L'intervention vient, du reste, éclairer le diagnostic, Après anesthésie, la peau et les tissus sous-jacents sont sectionnés, et M. Michaux arrive sur l'aponévrose qui présente une boutonnière. Au milieu de celle-ci apparaît un faisceau musculaire, celui qui forme la hernie. Il est réséqué et la perte de substance est comblée par un surjet profond réunissant les deux lèvres de la perte de substance faite au muscle. L'aponévrose est aussi rapprochée et suturée avec soin, sans avivement, inutile en l'espèce, et, sauf un petit accident causé par un point de suture, le malade se rétablit et sa guérison est aujourd'hui complète au point de vue fonctionnel. Cependant, il faut dire que, malgré cela, au moment des contractions actives du muscle, un léger relief apparaît encore.

Des quarante-deux observations de hernie ou de rupture musculaires qui existent dans la science, onze seulement sont analogues à cette dernière et se particularisent par cette évolution insidieuse, tandis que, dans les autres cas, le début est bien plus dramatique, accompagné qu'il est de craquements, de douleurs et d'un état syncopal manifeste. Aussi, M. Michaux, fort de ce qu'il a vu, veut-il qu'on réserve le nom de *hernie musculaire vraie*, aux seuls cas à évolution lente caractérisés par l'usure de l'aponévrose, comme le pensaient Dupuytren et Follin après lui, tandis que les autres lésions à début brusque feraient une classe à part et ne seraient que de fausses hernies musculaires.

M. Delorme a alors pris longuement la parole pour combattre, si nous ne nous sommes pas mépris sur son opinion. les idées émises par M. Michaux.

Ainsi, ces dépenses formidables des armements sans cesse renouvelés, ces travaux, ces efforts, ces intelligences qu'on croyait perdus pour les productions de la paix et le progrès de l'humanité servaient, au contraire, la cause de ce progrès. Inventer un fusil, une balle, une poudre nouvelle, c'était faire œuvre de miséricorde et de philanthropie !

Il va falloir en rabattre. Les expériences du docteur Démosthène, chirurgien en chef de l'armée roumaine, ont montré l'inanité de ces prétentions qu'il ne sera plus permis d'émettre de bonne foi, si tant est qu'elles aient jamais été autre chose que le masque d'un hypocrite machiavélisme. A ce point de vue, elles ont une portée qui dépasse de beaucoup le domaine des sciences médicales ; elles soulèvent des questions d'une telle hauteur et d'une telle gravité que les problèmes de chirurgie militaire qui en découlent en paraissent être à peine un très petit côté. C'est par celui-là, cependant, qu'elles nous intéressent surtout, car qui sait pendant combien de temps encore nous serons, nous médecins, les seuls à lutter contre les effets de ce débordement de sauvagerie perfectionnée où se ruent les peuples du vieux monde avec une sorte de rage sous laquelle il semble qu'on voie percer le regret d'une trop longue contrainte de leurs instincts guerriers. Il faut donc savoir gré au professeur Chauvel d'avoir fait ressortir l'importance capitale du travail du chirurgien de Bukarest. Le beau et consciencieux

Il a eu l'occasion de voir beaucoup de ruptures musculaires, d'en opérer, et, tout dernièrement encore, voici ce qu'il observait au cours d'une intervention.

Arrivé sur l'aponévrose, il la trouva saine, sans déchirure ni éraillure, et, pourtant, les symptômes de la tuméfaction étaient ceux présentés par le malade de M. Michaux. Les muscles, superficiellement, ne présentaient les traces d'aucune lésion ; mais, en incisant les fibres, il ne tarda pas à arriver sur une tuméfaction formée par des concrétions et par une partie solide tendant peut-être à se transformer en ostéome. Il ne put même réséquer toute la partie altérée ; il eût fait de trop grands dégâts, et il se borna à enlever un coin qui suffit pour rendre leur forme ancienne aux parties malades.

De tout cela, il conclut que la rupture musculaire est seule en cause et que c'est elle qui fait cette tuméfaction prise pour une hernie musculaire ; que la boutonnière aponévrotique existe, c'est vrai, mais qu'elle est causée par le traumatisme qui a fait la rupture, et que le malade de M. Michaux était atteint de rupture musculaire que ce chirurgien aurait certainement constatée, s'il avait pénétré plus avant dans le muscle. Il eût rencontré là des altérations formant une espèce de tumeur. Quant à la thérapeutique, elle est délicate.

La suture de l'aponévrose est, en effet, pour M. Delorme, inutile, puisqu'elle n'est pas la cause de la lésion. La résection totale du muscle transformé peut amener à supprimer un grand nombre de fibres musculaires qui peuvent encore rendre des services à la contraction. Seule la résection partielle pourrait être faite ; mais elle serait insuffisante.

La séance s'est terminée par une lecture de M. Guinard sur un cas d'*hémorrhagie considérable dans la cavité abdominale consécutive à l'introduction d'une bougie stéarique dans le rectum*, et M. Quenn a ensuite présenté le résultat de ses recherches sur le sang contenu dans une poche d'*hématocèle retro-utérine*. Ce liquide contenait des streptocoques qui ont pu être cultivés. M. Tuffier, dans deux circonstances analogues, a obtenu

---

rapport qu'il a lu, à ce propos, devant l'Académie de médecine, ne peut manquer d'avoir un grand retentissement, d'autant que les recherches de Démosthene concordent parfaitement avec les expériences déjà faites en d'autres pays, en Suisse, en Allemagne, en Autriche et particulièrement en France par les médecins militaires Delorme, Chavasse, Minier, Breton, Pesmes et Chauvel lui-même.

Les expériences de Bucharest présentent d'ailleurs un intérêt particulier. En effet, tandis qu'on avait été astreint jusqu'ici à des tirs à courte distance et à charges réduites, conditions qui, malgré la plus minutieuse exactitude des calculs, ne vont pas sans modifier la vitesse de rotation et l'angle de frappe des projectiles, le chirurgien en chef de l'armée roumaine a pu tirer aux distances réelles de combat avec les cartouches de guerre. Il a donc obtenu des résultats identiques à ceux que l'on observerait dans une bataille et ces résultats sont effrayants. A 1,200 et à 1,400 mètres (distances qu'il n'a point dépassées, à cause de la difficulté d'atteindre des hommes isolés au delà de 800 à 1,000 mètres) il a constaté des lésions de ce genre :

Perforation complète du crâne (entrée et sortie de la balle), fractures avec esquilles et fissures, trajet intra-cérébral ;

les mêmes résultats. Enfin, M. Bazy présente un gros calcul enlevé par lui d'un rein malade.

Eugène Rochard

Quelques mots sur certains blessés vus après l'explosion à la Chambre

M. le docteur Demoulin, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, a été appelé au Palais-Bourbon pour donner ses soins aux blessés dans l'attentat du 9 décembre. Il a bien voulu nous communiquer ces quelques intéressants renseignements que nous sommes heureux d'offrir à nos lecteurs.

« Les plaies qu'il m'a été donné d'observer soit au Palais-Bourbon, soit à l'Hôtel-Dieu, sont de plusieurs sortes.

J'ai vu, chez un blessé, une vaste plaie du front, siégeant sur la moitié latérale gauche de cette région, verticale, haute de cinq centimètres environ, commençant immédiatement au-dessus du sourcil. Les bords en étaient très nets, taillés en biseau, vermeilles. J'ai retiré de cette plaie qui faisait beaucoup souffrir le malade, un morceau de fil de fer, long de trois centimètres environ ; il occupait la partie inférieure de la blessure et se trouvait très fortement fixé dans les parties molles, il avait certainement déchiré le périoste.

Je ne crois point que le fil de fer ait pu produire une section aussi nette, je pense qu'elle est due à un des éclats de la boîte métallique qui servait d'enveloppe à l'engin. Quant au morceau de fil de fer, j'ai appris, de l'auteur même de l'attentat, que c'était un débris du fil dont il s'était servi pour assujettir le couvercle de la boîte.

J'ai constaté chez le même patient, sur les deux bras, de nombreuses blessures larges comme une pièce de 50 centimètres, mais ovalaires. Elles étaient très douloureuses, elles n'intéressaient que la partie superficielle du derme, présentaient à leur centre une plaie longitudinale occupant le grand axe, plaies à bords un peu écartés, nets ; le fond de cette plaie était occupé par un caillot noirâtre ; autour d'elle était une zone d'un rouge vif. Ces plaies avaient été produites par des clous.

J'ai vu aussi chez d'autres blessés, sur les membres, de petites élevures rouges, du

---

Entrée de la balle dans le flanc droit, perforation de l'estomac, du jéjunum, de la veine cave et de l'aorte, le projectile est logé dans la troisième vertèbre lombaire ;

Coup de ricochet à la jambe, fracture du tibia avec huit esquilles;

Fracture comminutive de l'humérus, avec 17 esquilles, muscles lacérés.

Sur des chevaux vivants, à la même distance, le même projectile à manteau d'acier nickelé du *Mannlicher* roumain de 6 millimètres 1/2 et a produit les lésions suivantes :

Crâne entièrement traversé, jet de sang par les deux orifices, lésion de la parotide et des organes de la veine jugulaire, mort en cinq minutes ;

Cou entièrement traversé, foyer sanguin volumineux, perforation de la troisième cervicale, la moelle est réduite en bouillie sur une longueur de 5 centimètres ;

Plaie pénétrante de l'abdomen, perforation de l'iléon, du gros intestin, de l'estomac, pénétration dans le poumon, épanchement de sang dans le thorax ;

Perforation complète des muscles fessiers et du sacrum, hémorrhagie par les deux orifices.

A des distances plus rapprochées, une fracture du crâne représentant un véritable fracas avec 20 fragments ; une diaphyse humérale a éclaté en 20 esquilles ; à 600 mètres trois cadavres placés l'un derrière l'autre, à 50 centimètres d'intervalle, ont été traversés

diamètre d'une lentille, dont le centre était occupé par une tache noirâtre grosse comme une tête d'épingle. Cette tache noirâtre était formée dans un cas par un petit débris de grenaille de fer que j'ai extrait; dans les autres, il s'agissait simplement d'une sorte de matière grasse, incrustée pour ainsi dire dans le derme.

J'ai observé chez l'auteur de l'attentat, outre une éraillure très superficielle du derme de l'aile droite du nez, de nombreuses petites taches rouges avec point noirâtre au centre, sur la face antérieure de la cuisse gauche, quelques autres éraflures sans importance ; une plaie siégeant à mi-hauteur de la face interne de la cuisse droite et ayant quelque analogie avec les plaies produites par les balles de revolver.

La blessure, un peu plus large qu'une pièce de 50 centimes, présentait, quand je l'ai vue pour la première fois, le dimanche 10 décembre, les caractères suivants :

Au centre se trouvait un orifice occupé par un petit caillot noirâtre, autour de cet orifice à bords un peu déchiquetés, on voyait une zone d'un brun violet, ecchymotique, et en dehors de cette zone un cercle rouge.

Le malade se plaignait d'une douleur vive un peu au-dessous de la partie moyenne de la face postérieure de la cuisse droite, je constatai là la présence d'un hématome sous-cutané, gros comme un petit œuf de poule, et, en son milieu, l'existence d'un corps dur qui déterminait une douleur vive quand on exerçait sur lui une pression même légère. Ce corps donnait l'idée d'un clou analogue à ceux que j'avais pu voir. Le lendemain matin, lundi, M. Duplay, en catéthérisant la petite plaie de la face interne de la cuisse, découvrit le trajet qui menait sur le projectile, et depuis il a été, paraît-il extrait, il était fixé par sa pointe dans le fémur.

Enfin, j'ai pu observer un autre blessé intéressant, homme d'une soixantaine d'années, se trouvant encore à l'Hôtel-Dieu, et qui a été opéré mardi matin par M. le professeur Duplay.

Il était atteint d'une plaie de la face dorsale de la main gauche, plaie présentant encore les caractères d'une lésion par balle de revolver ; elle ne renfermait pas de corps étranger, mais s'accompagnait d'un épanchement sanguin sous-cutané assez abondant.

Ce même malade avait une autre plaie à la partie moyenne et supérieure de la région pariétale droite, siégeant à environ deux travers de doigt au-dessous de la suture sagit-

---

au niveau de la jambe : le tibia du premier a été brisé en 14 fragments ; celui du second en a présenté 13 ; la tubérosité interne du troisième tibia a été traversé de part en part. Il est inutile de dire ce que deviennent les muscles, les vaisseaux et les nerfs au niveau de pareilles explosions osseuses. Si on ajoute que les projectiles qui heurtent les os avec une violence si formidable, s'y brisent eux-mêmes en innombrables fragments, labourant les chairs, faisant plusieurs plaies de sortie, et laissant dans les tissus, suivant l'expression du rapporteur, une véritable poussière métallique, on aura une idée de l'immense gravité de ces blessures et de la boucherie que seront les batailles de l'avenir. Pourtant, ce n'est pas tout encore ; un nouveau danger jusqu'ici inconnu dans les plaies par armes à feu, complète la terrible puissance de destruction de ces nouveaux engins : c'est l'hémorrhagie. Les coups tirés sur les chevaux vivants ont montré que non seulement les gros vaisseaux, mais même les artères de petit calibre étaient coupées nettement, sans écrasement ni rebroussement des tuniques et donnaient lieu à de grandes pertes de sang qui se traduisent tant par un écoulement en jet à travers les orifices d'entrée et de sortie que par des infiltrations énormes dans les tissus. Sur un cheval frappé à la tempe et mort en deux minutes, il y eut un jet de sang rouge par l'ouverture

tale. Le stylet montrait que l'os était atteint; on pénétrait dans son épaisseur à une très petite profondeur.

M. le professeur Duplay, craignant qu'il ne fût resté dans cette blessure quelque projectile, incisa le foyer traumatique mardi matin. On put constater qu'il n'y avait pas de corps étranger dans l'os, mais qu'il présentait une plaie longue d'un centimètre environ dans le sens antéro-postérieur, large de 5 à 6 millimètres, intéressant la table externe et la plus grande partie du diploë, la table interne était intacte.

Particularité digne d'intérêt, le foyer osseux était sale, ses parois recouvertes d'une sorte de boue noirâtre. On dut, pour la curetter convenablement, agrandir un peu à la gouge et au maillet la plaie primitive. Il paraît probable que cette lésion a été produite par un clou ayant entraîné avec lui des parcelles du mélange explosif.

Bien que j'aie comparé les plaies produites par les clous à des plaies par balles de revolver, je dois dire que les parties entourant le caillot n'étaient point brûlées comme cela arrive chez ceux qui se tirent un coup de revolver, à bout portant par conséquent.

En résumé : les plaies nettes me paraissent dues aux éclats de la boîte métallique renfermant l'explosif.

Les plaies présentant de l'analogie avec celles que produisent les balles de revolver seraient la conséquence d'une déchirure des tissus par les clous que renfermait la boîte.

Les petites plaques rouges avec tache noirâtre au centre auraient leur origine soit dans la fixation de petites parcelles de grenailles de fer, soit dans l'incrustation dans le derme de parcelles de la substance explosible, les unes et les autres ayant amené une irritation des parties périphériques se traduisant par une rougeur assez intense.

A. D.

Comme on le voit, ces plaies se rapprochent beaucoup de celles que nous avons décrites dans notre thèse sur les *blessures produites par les substances explosibles d'invention moderne* en prenant pour types celles faites par la dynamite.

Nous profitons de cette occasion pour en rappeler les principaux caractères.

Les plaies sont vermeilles, saignantes, donnant lieu à des hémorrhagies quelquefois assez abondantes ; elles ne sont pas douloureuses et ne sont pas compliquées de brûlures, caractères qui les différencient des lésions occasionnées par la poudre à canon, dans lesquelles les solutions de continuité sont étendues, noires, parcheminées avec des lam-

---

d'entrée et on trouva dans le cou un foyer hémorrhagique colossal de 45 centimètres sur 38. Sur un soldat tué, par accident, au polygone de Bukarest et qui avait eu le sommet seul du poumon gauche perforé, sans qu'aucun vaisseau important eût été divisé, la cavité pleurale fut trouvée contenir *quatre* litres de sang.

Voilà en face de quelles blessures se trouveront à l'avenir les médecins d'armées. Il est bien probable que la pratique actuelle s'en trouvera très modifiée. Jusqu'à quel point les méthodes conservatrices seront-elles encore applicables à de tels dégâts et à de tels accidents ? L'expérience seule, — puisse-t-elle être indéfiniment reculée, — permettra de le savoir exactement, mais il est d'ores et déjà possible de prévoir que les opérations mutilantes devront rentrer de plus en plus dans les prévisions de la chirurgie de guerre, et que les grandes comminutions osseuses avec le broiement des parties molles et les hémorrhagies graves dont elles s'accompagneront, les imposeront d'urgence, la plupart du temps.

Mais ce n'est point en la pratique de la chirurgie à l'ambulance que consiste la grande difficulté du problème posé par l'usage des nouvelles armes. L'organisation même du service de santé sur les champs de bataille peut en être transformée. Pour lutter contre ces hémorragies, pour manier, pour fixer sans trop de douleurs et de

beaux d'épiderme qui se détachent. Les brûlures sont de plus, dans ce dernier cas, très douloureuses et de plus sujette à l'hémorrhagie.

Les blessures produites par la dynamite sont quelquefois recouvertes de silices et donnent lieu à des perforations profondes infundibuliformes causées par l'expansion du gaz. On devra en tenir compte dans l'intervention. Celle-ci sera le plus souvent une amputation à cause même de la nature des lésions. La section devra porter beaucoup plus haut que la blessure. On ne devra pas se fier à l'apparence des tissus qui ont l'air sain ; mais qui, par la violence du traumatisme, sont frappés de mort et donnent lieu à du sphacèle des lambeaux, ainsi que cela a été noté dans plusieurs observations.

Le chloroforme pourra être donné sans danger ; car, chose curieuse, ces énormes déflagrations ne produisent pas de commotion cérébrale, pas de perte de connaissance.

Enfin, les blessés sont souvent porteurs d'une conjonctivite double traumatique produite par les grains de silice qu'on retrouve en grande quantité sur cette muqueuse. Ces grains de silice remplissent aussi parfois la chevelure et lui donnent une teinte blanche analogue à celle obtenue par la poudre de riz. — E. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances de décembre 1893

—

Cholécystite typhique purulente

MM. GILBERT et GIRODE. — Dans un travail antérieur, les auteurs ont mis en relief l'infection ascendante des voies biliaires par le bacille typhique, et montré qu'elle constituait une des modalités principales de l'action de la fièvre typhoïde sur le foie. Des faits semblables ont été rapportés par E. Dupré et Chiari.

Voici un nouveau fait qui confirme et complète les remarques précédentes. Il s'agit

---

dommages des membres dont le squelette est réduit en débris, suffira-t-il de la bonne volonté, du courage, du dévouement, mais aussi de l'inexpérience et de l'inhabileté d'un brancardier? La main du chirurgien n'y sera-t-elle pas le plus souvent nécessaire? Ne faudrait-il pas qu'il fût sur le champ de bataille même, près de chaque blessé? Or, est-il possible qu'il y soit? Tel n'est point l'avis du professeur Démosthene dont Chauvel résume ainsi les raisons : « Avec la portée des armes nouvelles, la précision et la portée du tir, il est impossible d'installer les postes de secours en rase campagne. Les médecins militaires se feraient tuer ou blesser inutilement en remplissant leur devoir. Dans de telles conditions, toute action chirurgicale est impraticable et le moins qu'on doive à un soldat frappé dans le combat, c'est de le mettre, autant que faire se peut, à l'abri de nouveaux coups. C'est donc à 3,500, 4,000 mètres de la ligne de feu qu'il faudra, dans les guerres de l'avenir, reporter les formations sanitaires de l'avant. »

Blessures beaucoup plus dangereuses, secours beaucoup plus difficiles, voilà la formule cruelle mais vraie des résultats atteints par les philanthropiques inventeurs d'armes inédites. Le chirurgien roumain la développe en ces termes qui résument admirablement son travail : « On ne peut s'empêcher de trouver qu'elle est bien perfide, cette balle soi-disant *humanitaire*, qui fracasse le crâne, qui broie les os, qui coupe net-

d'une femme de 45 ans ayant été atteinte d'une fièvre typhoïde moyennemont sévère, au cours de laquelle des manifestations importantes s'étaient produites du côté du foie ; on avait trouvé une tuméfaction paraissant bien correspondre à la vésicule biliaire malade et distendue. Or, quoique cette tuméfaction eût diminué pendant la convalescence, la malade, cinq mois après la fièvre typhoïde, était amenée à demander des soins à MM. Terrier et Hartmann, qui trouvaien une cholécystite calculeuse, et pratiquaient une cholécystectomie. La vésicule contenait un gros calcul et de la bile manifestement purulente à l'œil nu et au microscope. La paroi vésiculaire était enflammée et épaissie ; sa surface interne était assez unie et rouge. L'examen bactériologique du pus a montré la présence du bacille typhique en culture p..re ; ce microbe a été régulièrement spécifié par l'ensemble de ses réactions habituelles. Sur les coupes microscopiques, la vésicule montre vers la surface une épaisse nappe embryonnaire, et plus profondément des traînées et îlots de cellules lymphatiques infiltrant toute la muqueuse. Les coupes colorées au bleu alcalin montrent des amas de bacilles typhiques au milieu des accumulations lymphatiques précédentes, ou même en plein tissu conjonctif.

Ainsi ce nouveau fait établit la réalité non seulement d'une inflammation suppurative de la vésicule biliaire provoquée par le bacille typhique, mais de l'évolution chronique de cette suppuration trouvée en pleine activité plusieurs mois après la terminaison de la dothiénentérie. D'un autre côté, si la cholélithiase joue le rôle d'une cause prédisposante certaine, il n'est pas impossible qu'elle puisse être retrouvée comme une conséquence de l'infection typhique. Les relations avec l'infection biliaire ou plus exactement avec les catarrhes biliaires microbiens et surtout avec les inflammations catarrhales de la vésicule, développées par le fait d'une infection, sont aujourd'hui assez connues pour que l'hypothèse précédente puisse paraître rationnelle. Récemment, M. Tuffier a communiqué à MM. Gilbert et Girode un fait de fièvre typhoïde qui s'était accompagné de manifestations douloureuses du côté de la vésicule ; un mois après la terminaison de la dothiénentérie, on était appelé à intervenir chirurgicalement, et l'on trouvait un état subinflammatoire de la vésicule avec un petit calcul. Jamais le malade n'avait présenté aucune manifestation du côté du foie, et il n'est pas impossible que le calcul fût de développement tout à fait récent.

---

tement les vaisseaux, qui peut se déformer et même se fragmenter dans le corps en plusieurs morceaux pointus, tranchants, impossibles à extraire ; qui blesse plusieurs individus à la fois et qui, en multipliant le nombre des blessés et des blessures, nous empêche, par l'agrandissement de la zone dangereuse, de prêter aux blessés notre secours avec la célérité et la sécurité nécessaires. »

FORMULAIRE

Vin de Kola. — F. Burié.

Kola pulvérisée.	60	grammes
Coca incisée.	60	—
Alcool 60c.	100	—
Acidre citrique	4	—
Sirop d'écorce d'oranges amères. . .	240	—
Vin de grenache.	Q. S.	pour 2 litres de vin.

Faites macérer vingt-quatre heures la kola dans l'alcool (l'amidon qu'elle contient devient ainsi soluble) ; ajoutez la moitié du grenache tenant en dissolution l'acide citrique et faites macérer cinq jours. Faites d'autre part macérer la feuille de coca dans l'autre partie du grenache. Passez avec expression les deux colorations, filtrez, mêlez et ajoutez le sirop.

Intoxication par le plomb

M. Payraud a cherché à accroître la rapidité de l'élimination du plomb chez l'animal ou l'homme intoxiqué par ce métal. Le chlorure de sodium, mais surtout le sulfure de sodium produit le résultat cherché. On peut donner ce dernier aux doses de 0,30 à 0,50 dans le traitement du saturnisme chronique.

M. Quinquand a obtenu les mêmes résultats que M. Peyraud. Le sulfure de sodium accélère l'élimination du plomb et aussi celle du mercure.

Cécité corticale

MM. Dejerine et Vialet ont communiqué une observation qni réalise avec une pureté remarquable et pour ainsi dire schématique le type de la cécité corticale.

Il s'agit d'un vieillard de l'hospice de Bicêtre qui devint subitement aveugle à l'âge de 64 ans. L'examen de l'œil révéla une intégrité complète de cet organe ; la réaction pupupillaire était conservée, les milieux transparents intacts, le fond de l'œil normal. En présence de ces symptômes, le diagnostic de cécité corticale par double lésion du centre cérébral de la visiou fut porté dès 1889 et le malade succomba à une pneumonie en 1893 sans avoir présenté de changement des fonctions visuelles.

A l'autopsie on trouva un double ramollissement cortical de la face interne des lobes occipitaux avec dégénérescence secondaire du bourrelet du corps calleux. Dans l'hémisphère droit, la lésion occupait les cavernes et les lobes lingual et fusiforme, c'est-à-dire toute l'étendue du centre cortical de la vision. Dans l'hémisphère gauche, la lésion corticale portait surtout sur le centre de la face interne du lobe occipital et atteignait son maximum d'intensité au niveau du lobe lingual. Des deux côtés, la scissure calcarine était altérée.

Eruption médicamenteuse

On sait que l'on a préconisé le traitement de l'épilepsie par le borax. M. Féré rattache à l'administration de ce médicament l'apparition chez les épileptiques, d'un eczéma séborrhéique revêtant des aspects variés et qui débute aux membres inférieurs et sur les parties latérales du tronc et de l'abdomen. La suppression du médicament suffit habituellement à faire disparaître l'éruption.

Convulsions dans l'intoxication oxycarbonée

M. H. Hallopeau a vu se produire chez un malade intoxiqué par l'oxyde de carbone une trémulation convulsive des membres, se manifestant exclusivement a la fin des mouvements expiratoires et en reproduisant absolument le rythme. C'était seulement alors que l'insuffisance de l'hématose était suffisante pour produire l'excitation des circonvolutions motrices.

Le venin de la vipère

MM. Bertrand et Phisalix ont démontré que le sang de la vipère renferme une grande quantité de substance toxique identique au venin de l'animal. L'envenimation amène un abaissement très rapide de la température qui, en quelques heures, descend à 29° et même à 22° chez le cobaye; 1 à 2 c. c. de sang ou de sérum de vipère injectés dans le sang ou sous la peau suffisent à la faire mourir en quelques heures avec une température voisine de 35°. De même que les toxines microbiennes, le venin de la vipère adhère intimement aux précipités et perd ses propriétés par l'ébullition.

MÉDECINE NAVALE

—

Améliorations à apporter dans l'enseignement donné aux médecins stagiaires de la Marine

Les étudiants de l'Ecole Supérieure de santé de la marine, qui achèvent en ce moment, à Bordeaux, leurs études médicales vont prochainement passer leur thèse et seront ensuite dirigés sur les trois ports militaires de Brest, de Toulon et de Rochefort pour y accomplir le stage de quelques mois après lequel ils seront nommés médecins de deuxième classe et désignés pour accomplir une période de service à la mer. Le moment est opportun pour examiner si les conditions où s'accomplit ce stage ne sont point susceptibles d'être modifiées pour le plus grand profit de ces jeunes gens, et des équipages qu'ils seront appelés à soigner.

I

Les cours, dits de perfectionnement, professés en vue de la préparation des stagiaires au concours de classement institué depuis cette année (1), comprennent : la chirurgie navale, la médecine administrative, la pathologie exotique et l'hygiène navale.

Le cours de chirurgie navale, si on en excepte quelques leçons théoriques sur les plaies par armes à feu, n'est et ne peut être autre chose dans la pratique que des exercices de médecine opératoire à l'amphithéâtre. Ainsi compris, il reste d'une utilité de premier ordre, mais toute une partie des notions que les futurs médecins de la marine auraient le plus grand intérêt à posséder à fond est laissée dans l'ombre. Nous voulons parler du service chirurgical à bord pendant le combat et du service chirurgical des compagnies de débarquement.

De la médecine administrative, enseignée dans chaque école par le sous-directeur du service de santé, il n'y a rien à dire. Il s'agit là de connaissances indispensables, surtout aujourd'hui, à cause de l'extension donnée aux attributions des directeurs. Trop longtemps les médecins se sont désintéressés, à leur grand détriment, de ces questions d'administration et de règlements. Ils gagneront beaucoup à les étudier et à les connaître dès le début de leur carrière.

La pathologie exotique et l'hygiène sont réunies en un seul enseignement, c'est-à-dire que ces deux cours incombent au même professeur, qui doit les exposer en un semestre, à raison de trois leçons par semaine, comme pour la chirurgie navale. C'est une charge trop lourde ; il n'est pas d'habileté ni de zèle qui puissent venir efficacement à bout d'une pareille tâche. Ces deux branches des études n'ont entre elles aucun rapport, aucune affinité, et leur enseignement ne saurait être fructueux que confié à des maîtres différents. Cette faute dans l'organisation actuelle du temps du stage est le produit de la routine dont la marine n'est pas toujours accusée à tort. Au temps où ses trois écoles de plein exercice florissaient, les deux sciences étaient professées ensemble, et on a maintenu une tradition que rien n'a jamais justifiée, mais qui est devenue profondément regrettable. La Pathologie exotique passait, à tort ou à raison, pour plus importante, ou plus intéressante, ou plus difficile que l'hygiène des bâtiments, et celle-ci n'était qu'une sorte d'annexe, souvent dédaignée, du cours principal. Aujourd'hui la

(1) Voir *Union Médicale* (nº 45 — 17 oct. 1893), quelques réflexions à propos du concours des médecins stagiaires de la marine.

création d'un corps médical des colonies aurait renversé ce rapport, s'il avait jamais été légitime. De plus, l'hygiène s'est modifiée, on peut dire qu'elle s'est renouvelée de fond en comble depuis quelques années, tant par les progrès qu'elle a faits que par la transformation radicale et incessante du matériel des flottes de guerre. Les applications de cette science à la vie maritime acquièrent chaque jour plus d'importance. Elle doit occuper désormais la première place dans les préoccupations et dans les études des médecins de la marine, dont on peut dire, sans crainte de se tromper, que leur situation et leur rôle croîtront en raison directe de leur valeur d'hygiénistes; parce qu'il sera de moins en moins permis de négliger les avis et les indications qu'ils formuleront en cette qualité. Or, l'impulsion nécessaire à l'avancement de l'hygiène des navires et des équipages lui fera défaut tant qu'un professeur ne s'en occupera pas uniquement, à l'exclusion de toute autre tâche.

II

Les améliorations qu'il serait désirable de voir apporter à l'instruction des médecins stagiaires sont, presque toutes, implicitement contenues dans les réflexions qui précèdent.

Il faudrait donc d'abord dédoubler deux des enseignements qui leur sont donnés. La médecine opératoire proprement dite doit continuer à être l'objet d'une étude sérieuse. Elle est pour eux d'une utilité fondamentale qui prime tout ; cela est l'évidence même. Or, ils ne la savent pas suffisamment à leur sortie de Bordeaux ; ceci a été démontré par le concours du mois de septembre. Mais les questions nombreuses et difficiles que soulève la chirurgie du combat à bord et les expéditions à terre ne sauraient être laissées de côté impunément. L'organisation de ces services spéciaux, l'utilisation des ressources dont ils disposeront, le transport des blessés, les passages, les indications de l'intervention, etc., forment la matière d'une étude importante qui vaut bien qu'une chaire spéciale lui soit consacrée.

La pathologie exotique ne saurait être plus subordonnée à l'hygiène que celle-ci ne peut être vassale de la première. Les médecins de la marine iront toujours aux colonies avec les équipages et avec les troupes. Ils ne sauraient donc se désintéresser de la connaissance des affections si spéciales qu'ils seront fréquemment appelés à y rencontrer. Cette branche des sciences médicales, où les progrès et les découvertes sont de tous les jours, suffit au travail d'un seul, comme l'hygiène y suffit elle-même. Il faut donc qu'il y ait un professeur de *pathologie exotique* et un professeur d'*hygiène navale* et non pas un professeur de *pathologie exotique et hygiène navale*.

Restent les cliniques médicale et chirurgicale. On a dit, dans l'article de ce journal, auquel il est fait allusion plus haut, que le concours de classement qui a eu lieu dans les trois écoles de Brest, Rochefort et Toulon avait fait naître et avait conduit à exprimer le regret que les quelques mois du stage fussent perdus pour cet enseignement. On l'a, en effet, oublié sur la liste des cours à suivre par les stagiaires. C'est perdre de gaieté de cœur les ressources importantes que peuvent fournir les hôpitaux de ces ports militaires. Elles sont cependant précieuses à plus d'un titre. Les maladies qu'elles offriraient à l'étude sont justement celles que les médecins de la marine rencontrent sur leur chemin à tous les instants de leur carrière. Les sujets qui en sont atteints font partie du milieu où ils seront appelés à exercer leur art. Les affections chirurgicales elles-mêmes s'y présentent avec des caractères, des allures, une physionomie bien particulières; elles sont, en quelque sorte, les types de celles qui s'offriront à leurs soins dans l'avenir. Il y a là comme une flore, peut-être un peu restreinte, mais bien spéciale, avec laquelle ils gagneraient beaucoup à être bien et dûment familiarisés dès le début !

Et où apprendront-ils mieux à connaître et à résoudre ces multiples problèmes qui sont posés chaque jour au médecin de la marine, à propos de l'aptitude au service, des convalescences, des réformes, des pensions de retraite ? Aux quatre chaires précédentes il paraît donc impossible de ne pas ajouter deux chaires de clinique.

Parmi les objections qu'on ne manquera pas de faire à ce projet, deux seulement méritent qu'on les réfute. En première ligne vient celle qu'on basera sur le grand nombre de professeurs qu'il faudrait affecter à ces enseignements multiples. Elle serait sérieuse s'il pouvait être question de conserver trois écoles pour les trente stagiaires que Bordeaux fournit annuellement à la marine. Ces trois écoles emploient aujourd'hui en tout six professeurs ; or, c'est exactement le nombre qu'il faudra en avoir dans l'école unique que la logique irrésistible des choses entraînera forcément à créer. En second lieu, la difficulté de choisir le port qui bénéficierait de cette création pourrait être de nature à entraîner les mêmes lenteurs, les mêmes hésitations, et le même résultat négatif auquel on arriva jadis avant la formation de l'école de Bordeaux. Mais il y a lieu de croire, qu'instruite par cette fâcheuse expérience, l'administration de la marine saura, cette fois, passer outre aux questions de personnes et aux compétitions locales. On peut dire qu'aujourd'hui ce choix s'impose pour ainsi dire.

Enfin, peut-être serait-on arrêté par le recrutement même des professeurs ? Cela pourrait être si la réorganisation que nous souhaitons devait être très éloignée. Mais, actuellement, il y a encore assez de médecins principaux, de médecins en chef et de directeurs provenant de l'ancien enseignement, pour qu'il soit très facile d'y trouver le noyau de la nouvelle école, où, tout au moins, les éléments de sérieux jurys de concours.

Nous nous bornerons, pour aujourd'hui à ces quelques indications. Mais peut-être aurons nous l'occasion de revenir prochainement sur ce sujet d'où dépend, en grande partie, l'avenir du corps de santé de la marine.

COURRIER

Concours de l'externat. — Questions posées : Branches de l'artère sous-clavière. — Muscles élévateurs de la mâchoire inférieure.

Hopitaux de Montpellier. — Le concours de l'externat vient de se terminer. Ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Guérin, Ménard, Chatinière et Mocquot.

Internes provisoires : MM. Teissier et Blanc.

— La nouvelle loi sur l'exercice de la médecine est devenue exécutoire à partir du 1er décembre courant, les médecins n'ont pas à se préoccuper cependant, de ce qui touche à la déclaration des maladies épidémiques par eux observées. Jusqu'à ce que l'arrêté ministériel contenant la liste des maladies épidémiques et fixant le mode de déclaration desdites maladies n'aura pas été publié dans le *Journal Officiel*, l'article 15 de la loi du 30 novembre 1882 ne pourra être appliqué.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

HYGIÈNE

—

Hospitalisation des phtisiques

L'inauguration de l'hôpital de Villiers-sur-Marne, dont l'*Union médicale* a rendu compte dans son numéro du 14 décembre, donne une actualité nouvelle à la question qui a été discutée par le Congrès de la tuberculose au mois de juillet dernier. C'est, en effet, le troisième hôpital qui se crée aux environs de Paris pour le traitement des tuberculeux.

Le premier en date est l'hôpital de *Sainte-Marie de Villepinte,* construit en 1880, par l'*Œuvre des jeunes filles poitrinaires.* Cette œuvre, fondée en 1878, avait d'abord hospitalisé ses malades dans les pavillons de l'ancien château de Sévigné, à Livry ; mais, deux ans après, elle les transféra dans le domaine de Villepinte, situé près de Sevran (Scine-et-Oise), à 16 kilomètres de Paris. Cet établissement situé dans un parc de 14 hectares, est constitué par trois grands corps de bâtiments, dont deux sont reliés par une passerelle couverte. Le troisième, complètement séparé, est réservé aux enfants qui sont au nombre de 40 environ, Un jardin d'hiver, planté d'eucalyptus et d'arbustes d'essence résineuse, confine à ce pavillon.

L'hôpital de Villepinte compte 160 lits répartis dans des chambres d'isolement de un à quatre lits et dans les salles communes de dix à vingt lits au maximum.

Le séjour de l'hôpital est gratuit. Le service est fait par un médecin résident et dirigé par un Comité composé du médecin en chef, de médecins spécialistes pour le traitement des maladies de la gorge, du nez, des oreilles, etc., et d'un chirurgien consultant. Les admissions sont faites à Paris, le mercredi et le samedi, par les médecins du service, au dispensaire de l'œuvre, situé 17, rue de La-Tour-d'Auvergne. Il s'y donne également des consultations et des médicaments gratuits. L'œuvre possède à Saint-Germain-en-Laye un second hôpital de 90 lits, réservé aux jeunes filles anémiques ou menacées de tuberculose. Ces établissements sont administrés par une Société civile qui en est propriétaire et dirigés par des sœurs de Marie-Auxiliatrice.

Le second établissement du même genre est l'hôpital d'*Ormesson,* fondé en 1888 par l'*Œuvre des enfants tuberculeux,* qui remonte à la même époque et qui a été autorisée par arrêté du 27 avril 1889 (1). Cette Société a son siège 35, rue de Miromesnil ; c'est là que se trouve son dispensaire et que les malades sont visités et admis. L'hôpital d'Ormesson est situé, comme le précédent, dans le département de Seine-et-Oise, au haut de la côte de Champigny, sur un plateau qui domine la Marne.

(1) Voyez pour les statuts de cette Société : *Annales* de l'œuvre des enfants tuberculeux, n 6, *Annuaire* 1891.

Il a commencé avec 12 lits ; il en renferme aujourd'hui 80 installés dans des pavillons très hygiéniquement construits (1).

Enfin, le troisième en date des établissements de ce genre est l'hôpital de Villiers-sur-Marne, qui a été inauguré le 10 décembre, et dont l'installation ne laisse rien à désirer. Dortoirs, cabinets d'isolement, salles de récréation, réfectoires, baignoires et lavabos, tout y a été disposé de la façon la plus satisfaisante et avec la plus stricte économie. Il en est de même des annexes. Nous avons surtout remarqué la buanderie qui renferme, dans une série de pièces contiguës, l'étuve à désinfection, le lavoir et le rinçoir, deux lessiveuses, un tonneau-laveur, une essoreuse, un séchoir à air chaud et une repasseuse. Le tout est mis en action par une petite machine qui fournit en même temps la lumière électrique et dont la chaudière dispense la chaleur à tous les appareils.

L'hôpital est destiné à recevoir 120 lits, lorsque le second pavillon, dont la première pierre a été posée le 10 décembre, sera construit. Il n'a coûté jusqu'ici que 320,000 francs. Le terrain de sept hectares a été offert, il est vrai. C'est le don d'un des bienfaiteurs de l'œuvre.

L'administration de l'Assistance publique de la Ville de Paris se propose aussi de construire un hôpital de phtisiques, à l'aide des fonds qui lui ont été concédés sur le pari mutuel ; mais elle ne paraît pas jusqu'ici avoir été bien inspirée. Elle a fait l'acquisition du domaine de l'Ordibée, sur les confins du département de Seine-et-Oise, au-delà de la Roche-Guyon, à deux heures de Paris et à trois quarts d'heure du chemin de fer. C'est bien loin pour les familles et bien incommode pour les transports ; mais ce n'est pas tout. Le domaine est dépourvu d'eau et composé d'un certain nombre de parcelles, morcelées. L'administration n'a pu encore les acheter toutes et les propriétaires de celles qui sont enclavées dans les acquisitions veulent faire payer la convenance à des prix extravagants, de telle sorte que tout est arrêté.

L'administration annonce l'intention de construire sur cet immense domaine un petit sanatorium de 100 lits sur le modèle de celui de Falkenstein, près de Francfort-sur-le-Mein, que dirige le docteur Detweiler, ou de celui du Canigou, que le docteur Sabourin a créé près du Vernet dans les Pyrénées-Orientales. On sait que ces établissements répondent aux plus récentes aspirations des doctrines fondées sur la bactériologie. On y fait vivre les phtisiques en plein air, hiver comme été, le jour sous de grandes vérandas balayées par le vent, la nuit dans des chambres dont les fenêtres restent entr'ouvertes et où l'on a ménagé des courants d'air.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter la valeur de ce traitement qui fait, dit-on, merveille, mais il est de notre droit de nous demander si l'administration de l'Assistance publique de Paris a été bien inspirée en prenant un semblable modèle.

L'hospitalisation des phtisiques est un problème complexe qui a deux faces bien distinctes, l'une concerne la thérapeutique, l'autre regarde l'hygiène. On peut réunir les poitrinaires dans des sanatoria dans leur intérêt, ou les rassembler dans des hôpitaux spéciaux pour les empêcher

(1) Léon Derecq, Rapport médical sur l'hôpital d'Ormesson pour l'année 1891, lu au Comité médical des enfants tuberculeux, le 23 décembre 1891. (*Annales de l'œuvre*, n° 6.)

de contaminer les autres malades. L'isolement est le but principal qu'une administration chargée des intérêts d'une grande ville doit poursuivre. Quand l'Assistance publique de Paris aura créé son sanatorium qui doit, dit-on, lui coûter 7,500 francs par lits et qu'elle y aura hospitalisé 100 phtisiques, elle aura réalisé une expérience intéressante, mais ce sera bien peu de choses à côté de ce que l'hygiène attend d'elle, à côté de ce qu'exige l'intérèt de la population.

La tâche qui s'impose aujourd'hui à l'administration de l'Assistance publique de Paris est double. Il faut qu'elle désencombre ses hôpitaux et qu'elle recueille les phtisiques pauvres qui vont frapper à la porte de tous les établissements, sans y trouver de place et qui vont, de guerre lasse mourir dans leurs mansardes en contaminant leurs familles et leurs voisins.

Les tuberculeux admis dans les hôpitaux constituent une minorité privilégiée. En effet, l'administration possède aujourd'hui 13,000 lits dans tous ses établissements réunis. Pas un n'est vacant et 2,000 sont occupés par des maladies chroniques. On compte dans ce nombre de 700 à 800 phtisiques tout au plus. Or, il meurt à Paris environ 12,500 (1) tuberculeux chaque année, et comme les classes ouvrières représentent plus de la moitié de la population, on voit ce qu'il meurt de poitrinaires dans leurs petits logements malsains et ce que cela suppose de malades dont le contact est dangereux pour leur proches. Il n'est pas possible de les recueiliir tous ; mais on pourrait en admettre un beaucoup plus grand nombre et diminuer ainsi, dans de fortes proportions, les éléments de contagion.

La ville à l'intention, m'a-t-on dit, de construire des hôpitaux pour les chroniques, dans les environs de Paris jusqu'à concurrence de 2,800 lits. C'est une excellente idée et il serait bien préférable qu'elle y donnât immédiatement suite que de continuer la coûteuse expérience qu'elle veut tenter sur son domaine de l'Ordibée. Les hôpitaux pour les maladies chroniques coûtent beaucoup moins cher à construire que les hôpitaux généraux. Ils n'ont pas besoin, en effet, de toutes ces dépendances coûteuses qu'exigent la pratique de la chirurgie et l'exercice de l'enseignement. Tout peut y être à l'économie. L'expérience réalisée dans le petit hôpital de Villiers-sur-Marne prouve qu'on peut la concilier avec les exigences de l'hygiène, pourvu qu'on ne vise qu'au nécessaire et qu'on ne se préoccupe pas du côté décoratif.

Il faut que les hôpitaux spéciaux soient à la campagne mais pas trop loin des villes pour que les malades n'y soient pas trop abandonnés et assez près des gares pour que les transports ne soient pas trop dispendieux. Il suffit que les salles et les réfectoires soient assez vastes, qu'ils soient bien aérés, convenablement chauffés pendant l'hiver, que les malades puissent avoir un lieu de réunion couvert et chauffés pour se tenir pendant les mauvais temps, et un jardin pour se chauffer au soleil ou se reposer à l'ombre suivant la saison, que les annexes soient à portée et de proportions convenables; tout cela peut s'obtenir aujourd'hui sans trop de dépenses.

(1) Le dernier annuaire statistique de Paris, celui qui a paru en 1892, donne pour 1890, 12,586 décès causés par la tuberculose et dans le nombre 11,093 sont attribués à la phtisie.

La principale objection qu'on ait faite aux hôpitaux spéciaux pour phtisiques, c'est la crainte d'impressionner les malades en leur révélant, par la destination de l'établissement, le nom de leur maladie. Je ne suis pas de ceux qui font bon marché des raisons de sentiment ; je serais plutôt enclin à leur attacher trop d'importance. Il ne faut pourtant pas leur sacrifier les intérêts de premier ordre comme ceux qui sont en jeu dans cette question. A l'étranger on en tient beaucoup moins compte.

A l'occasion d'un article que j'avais écrit sur la tuberculose, il y a quelques années, je reçus une lettre d'une dame qui était en traitement au sanatorium de Falkenstein avec son fils, phtisique comme elle, le dernier enfant qui lui restât. Il me souvient qu'elle me disait : « En France, vous vous préoccupez beaucoup trop de cacher au gens le nom de leur maladie. Ici tout le monde sait qu'il est phtisique et à quelle période il est arrivé ; mais on espère guérir, on se résigne et on se prête à toutes les exigences de la situation. C'est ainsi que chacun de nous porte avec lui un petit flacon dans lequel il crache, qu'on lave et qu'on désinfecte plusieurs fois par jour. Tout le monde sait, d'ailleurs, qu'on expulse sans pitié de l'établissement ceux qu'on surprend à cracher par terre. »

Je trouve qu'il est complètement inutile d'aller aussi loin. Lorsqu'il fut question pour la première fois de remédier au danger des crachats bacillaires, semés sur la voie publique, le docteur Armaingaud proposa, pour n'alarmer personne, de comprendre tous les crachats dans la même proscription, qu'ils provinssent de tuberculeux, de catarrheux ou de gens simplement enrhumés. C'est ce que la Compagnie des omnibus a fait pour ses voitures, à la demande du Conseil d'hygiène, et cette mesure n'a offusqué personne et elle a produit de bons résultats ; seulement, il est temps de renouveler les affiches qui ne sont plus lisibles.

Il faudrait faire de même pour les asiles ouverts aux poitrinaires et les désigner sous le nom d'hôpitaux pour les maladies chroniques. On pourrait, d'ailleurs, y réserver, pour les cancéreux, les ataxiques et les autres pensionnaires des hôpitaux, quelques salles séparées, la tuberculose n'étant pas contagieuse au même degré que la variole ; mais l'essentiel c'est qu'on commence. Il est urgent de désencombrer les hôpitaux et de recueillir les phtisiques pour éloigner la contagion de leurs demeures et cette urgence se fait plus vivement sentir à l'approche de l'hiver dans lequel nous allons entrer.

Jules ROCHARD

Oblitération de la veine cave supérieure. — Guérison par développement de la circulation collatérale

Par le docteur J. COMBY, médecin de l'hôpital Tenon (1)

J'ai l'honneur de présenter pour la seconde fois, à deux ans d'intervalle (première présentation le 8 janvier 1892), un malade dont plusieurs membres de la Société des hôpitaux ont certainement gardé le souvenir.

Il s'agit d'un cas rare d'oblitération de la veine cave supérieure qui, persistant déjà depuis plus de trois ans, offre un réel intérêt au point de vue de l'évolution, du pronostic et, on pourrait ajouter, de la curabilité de cette singulière affection. Je rappelle en quelques mots l'histoire du malade.

(1) Société médicale des hopitaux. — Séance du 15 décembre 1893

X..., garçon boucher, âgé de 36 ans (il en a aujourd'hui 38), entre le 5 décembre 1891, à l'hôpital Tenon.

On trouve, dans ses antécédents morbides : une fièvre typhoïde à l'âge de 12 ans, avec complications cérébrales et otorrhée droite ; une bronchite assez tenace en 1872 ; une pneumonie grave avec délire en 1883. Il a trois enfants, dont deux vivants, et un mort en bas âge de convulsions. Il y a six ans, il aurait eu un chancre peut-être syphilitique. Il buvait beaucoup sans être franchement alcoolique.

Dix-huit mois avant son entrée à l'hôpital, il a commencé à éprouver des crises douloureuses avec constriction précordiale, tachycardie, vertiges. On lui prescrivit à cette époque de la digitale et du strophantus. Il fut frappé de la présence de marbrures bleuâtres (veines dilatées) au devant du sternum.

Puis la face s'est congestionnée, les yeux sont devenus saillants et larmoyants, la vue a été brouillée. Vertiges fréquents, céphalée, épistaxis, dyspnée.

Le 30 novembre 1891, accès d'étouffement, angoisse, cyanose, exophthalmie ; on applique trois sangsues derrière l'oreille. Au moment de l'entrée à l'hôpital, on constate les phénomènes qui suivent :

Le malade ne peut garder la position horizontale, il est assis sur son lit en proie à une dyspnée incessante. Ce qui frappe tout d'abord, c'est la turgescence du visage, la saillie des yeux, le gonflement du cou. Quand on enlève la chemise, le développement de la moitié supérieure du corps, l'embonpoint factice de la tête, de la poitrine, des membres supérieurs contrastent avec la gracilité relative de la moitié inférieure. Le cou est très gros, surtout à son union avec le thorax, le gonflement est marqué plus à droite qu'à gauche. Ce gonflement est constitué par un œdème dur non dépressible et par des cordons veineux. La jugulaire externe et la veine axillaire gauches présentent une thrombose évidente. La paroi antérieure du thorax très épaissie, très dure, comme pachydermique, présente des lacis veineux bleuâtres, étoilés, disséminés sur le sternum, les côtes, les attaches du diaphragme. Ces varicosités ne vont pas jusqu'à l'abdomen et n'existent pas à la face dorsale du thorax. Les membres supérieurs sont gonflés, durs, gênés dans leurs mouvements ; l'œdème avec cyanose et refroidissement prédomine surtout au membre supérieur gauche.

L'œdème a envahi les muqueuses ; la bouche est empâtée, les joues épaisses, rigides, gênent le mouvement des mâchoires ; la luette est volumineuse et œdématiée.

Les battements du cœur sont fréquents (120 à 130); l'auscultation de la base révèle l'existence d'un souffle au premier temps. Il y a de la matité au niveau de la partie supérieure du sternum, mais sans voussure, sans thrill ; les pouls sont égaux; rien aux poumons.

Le malade fut soumis, sans succès immédiat, aux frictions mercurielles, à l'iodure de potassium, à la liqueur de Fowler.

Il suffisait de voir le malade pour reconnaître qu'il était atteint d'une oblitération de la veine cave supérieure, probablement par compression.

Les hypothèses qu'on pouvait faire sont les suivantes : anévrysme de l'aorte, cancer, adénopathie trachéo-bronchique.

L'incertitude qui planait sur le diagnostic et que l'examen direct du

malade ne pouvait lever, n'empêcha pas plusieurs collègues d'émettre un pronostic très sombre. Vous ne tarderez pas à avoir l'autopsie, me disait l'un d'entre eux.

Cette autopsie, je ne l'ai pas eu et je ne l'aurai probablement pas, je l'espère du moins. Peu de temps après sa présentation ici, le malade fut pris de dyspnée plus forte; il rendit des crachats striés de sang et présenta les signes d'un épanchement abondant de sérosité dans la plèvre droite d'abord, puis, dans la plèvre gauche.

Ces épanchements traités par les diurétiques, les drastiques, le lait, se résorbèrent spontanément. Puis, sous l'influence d'une cure iodurée, le malade se sentit assez bien pour quitter l'hôpital.

Deux ans après. — Voici le malade qui m'est revenu après une large absence. Quoique bien portant en apparence, il se plaint de fatigue et d'oppression quand il se livre à une occupation pénible, et il vient me demander un certificat constatant l'infirmité qui l'empêche de travailler. En effet, il a très bonne mine, et ses patrons refusant de voir en lui un valétudinaire, sont plutôt portés à l'accuser de paresse.

Cette accusation est injuste.

Le malade étant déshabillé, vous pouvez voir qu'il n'est pas guéri et que l'oblitération de sa veine cave supérieure persiste, malgré la disparition des œdèmes et des troubles fonctionnels du début.

Grâce au développement exubérant d'une magnifique circulation collatérale, dont vous voyez les ramifications sur le devant de la poitrine, sur les côtés, et sur l'abdomen, les effets secondaires de l'oblitération de la veine cave supérieure sont supprimés en grande partie. Des veines, si petites à l'état normal qu'elles sont innomées, ont pris le volume de la veine fémorale ou de la veine iliaque. Vous voyez sur les clavicules une de ces veines qui descend vers les parties inférieures pour se jeter dans un tronc médian devenu lui-même tributaire des affluents de la veine cave inférieure. Il est facile de s'assurer que le sang se dirige de haut en bas, car en effaçant la veine sous-cutanée avec le doigt, on constate que le bout inférieur se vide aussitôt.

Toutes ces varices thoraco-abdominales, qui n'existaient qu'à l'état d'ébauche, losque je vous présentai le malade pour la première fois, ont eu le temps depuis deux ans de prendre le développement extraordinaire que vous pouvez constater aujourd'hui.

Le visage est coloré, les joues sont rouges, mais toute infiltration œdémateuse a disparu; le contraste entre l'embonpoint de la moitié supérieure du corps et l'amaigrissement de la moitié inférieure n'existe plus. Tout cela grâce à la circulation collatérale.

Mais cette circulation collatérale, chargée de conduire tout le sang de la moitié supérieure du corps, par des voies longues et détournées, dans la veine cave inférieure, est là pour témoigner de la persistance de la maladie primitive. L'oblitération de la veine cave supérieure existe toujours, et la longue survie du malade n'est pas une preuve de guérison absolue. Guérison si l'on veut, au point de vue fonctionnel et symptomatique ; le malade peut marcher, circuler, se livrer à quelques occupations, alors qu'il ne pouvait quitter le lit ou la chambre. Mais il reste essoufflé quand il fait des

efforts et il n'a pu garder sa place de garçon boucher qu'il occupait autrefois. Il lui faudrait une occupation sédentaire.

Les signes plessimétriques et stéthoscopiques ont peu varié au niveau du sternum. La matité que nous avions constatée sur la partie supérieure de la région sternale persiste ; le souffle systolique de la base est moins net. En somme, il semble qu'il y ait, dans le médiastin, une tumeur, bénigne probablement, qui fait corps avec la veine cave.

L'évolution favorable de la maladie nous permet d'éliminer aujourd'hui le diagnostic du cancer et celui d'anévrysme. Reste l'hypothèse de quelque production fibromateuse ou d'une adénopathie trachéo-bronchique terminée par sclérose ou calcification.

Quoiqu'il en soit, l'homme que je vous présente semble attester que le pronostic de l'oblitération de la veine cave supérieure avait été un peu trop assombri par Bulment, quand il disait que la durée se chiffrait par quelques mois et que la terminaison était constamment mortelle.

Ce cas prouve donc que le désordre formidable qui résulte et qui doit résulter d'une oblitération complète de la veine cave supérieure est compatible avec la vie, quand la compensation, la dérivation par la veine cave inférieure a le temps et les moyens de se produire.

Sans doute, la plupart des malades observés par Oulmont et par d'autres auteurs ont succcombé après un délai de 1, 2, 3 ou 5 mois. Mais d'autres ont pu survivre et l'exemple que je viens de rapporter n'est pas unique. Maurice Raynaud, N. Guéneau de Mussy en ont cité quelques autres. M. Raynaud a observé, dans le service de Gubler, en 1864, un homme de 40 ans, alcoolique, qui présentait une cyanose de la moitié supérieure du corps avec œdème et distension des jugulaires. Au bout de 2 mois, cet homme sortit presque guéri. (Article *veine cave* du dictionnaire de Jaccoud.)

M. Guéneau de Mussy (tome IV de sa clinique 1885) rapporte trois observations de compression de la veine cave supérieure par adénopathie trachéo-bronchique. Une de ces observations est relative à une femme de 36 ans, entrée en 1840 dans le service de Chaumel, avec de l'orthopnée, de la cyanose et de l'œdème de la moitié supérieure du corps. Son thorax présentait des varices analogues à celles de mon malade. Elle sortit guérie après 3 mois et 3 semaines de séjour.

Quant au traitement, voici celui auquel mon malade a été soumis après sa première présentation à la Société des hôpitaux.

1° Il a pris fréquemment le purgatif suivant :

Prenez :	Eau-de-vie allemande.......	20 grammes
	Sirop de nerprun	20 —

2° Nous lui avons donné à plusieurs reprises de la digitale, tantôt XX gouttes de teinture dans un julep gommeux, tantôt une infusion :

Prenez :	Poudre de feuilles de digitale.......	0 gr. 60
	Faire infuser dans eau bouillante.	100 —
	Ajoutez sirop de cinq racines	30 —

Prendre par cuillerée de 2 en 2 heures pendant 4 ou 5 jours consécutifs.

Il a pris également, à titre de diurétique, la caféine :

Prenez :	Caféine................	1 gr. 50
	Benzoate de soude.	1 — 50
	Eau distillée........	100 —
	Sirop de groseille.	30 —

Par cuillerée à soupe de 2 en 2 heures.

3° Pour calmer la dyspnée et la toux dont il se plaignait, on lui donnait habituellement la potion suivante :

Prenez :	Eau distillée................	100 grammes
	Eau de laurier cerise ...	10 —
	Sirop thébaïque	ââ 20 —
	— de belladone.......	

4° Enfin, il a été soumis pendant 5 mois à la médication iodurée (4 grammes d'iodure de potassium par jour). C'est peut-être à ce médicament qu'il doit la vie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 décembre 1893. — Présidence de M. Fernet.

Eutéroptose et néphroptose

M. Mathieu vient apporter quelques remarques en réponse aux observations faites par M. Juhel-Renoy dans la précédente séance.

Pour lui, le signe capital de l'eutéroptose, c'est l'état tombant de l'abdomen ; en bas et en avant, dans la station debout, de côté dans le décubitus latéral ; aplatissement en ventre de grenouille dans le décubitus dorsal. Quant aux signes subjectifs, ils se confondent, d'une part, avec ceux des diverses dyspepsies, d'autre part, avec ceux de la neurasthénie, avec lesquelles toutefois l'eutéroptose n'a pas de rapports constants, pas plus qu'avec la néphroptose.

Quant à cette dernière, elle se manifeste par des crises gastriques particulières qu'on ne retrouve pas dans l'eutéroptose, crises qui, en même temps qu'un certain nombre d'autres, sont supprimées par la néphrorraphie.

Quant au foie, sa ptose est fort rare.

Ostéomyélite typhique

M. Achard communique au nom de M. Broca une observation d'abcès siégeant à la partie inférieure du sternum, dont le début remontait à quelques semaines, à la suite d'une fièvre muqueuse. Pas de trace tuberculeuse. On incisa et tomba sur une poche dure et calleuse qui fut currettée ; on fit l'évidement d'une côte dénudée. Le bacille d'Eberth fut trouvé dans le pus.

M. Broca cite un autre fait d'abcès développé consécutivement à une fièvre typhoïde et resté fibuleux. Pas d'examen bactériologique.

Il ajoute enfin que l'ostéomyélite à staphylocoque peut évoluer lentement, très lentement même, pendant dix ans quelquefois.

Ostéomyélite costale ayant évolué pendant dix ans à la suite d'une fièvre typhoïde

M. F. Widal. — Dans une récente communication, nous avons montré, avec M. Chantemesse, qu'après le tibia, les côtes et leurs cartilages étaient les parties du squelette les plus fréquemment touchées par l'ostéomyélite typhique. L'intéressante communication de MM. Achard et Broca en est une preuve nouvelle. Elle confirme également, comme nous l'avons annoncé, que l'ostéomyélite typhique à bacille d'Eberth évolue souvent sans réaction d'une façon froide et apyrétique.

Voici une observation d'ostéite typhique costale intéressante par sa longue durée, puisqu'elle a évolué pendant 10 ans. Elle nous a été communiquée par un de nos maîtres dans les hôpitaux, notre collègue dans cette Société, elle n'est autre que son observation personnelle.

A 24 ans, quelques mois avant d'être reçu à l'internat, M. X... contracta une fièvre typhoïde dont l'évolution se fit normalement en trois septénaires. Dans les premières semaines qui suivirent la convalescence, il vit se développer au-dessous du mamelon droit au niveau des cartilages costaux une petite tumeur rouge à sa surface, extrêmement douloureuse spontanément et à la pression. Au bout de quarante-cinq jours à trois semaines, la douleur disparut, les phénomènes inflammatoires s'apaisèrent et il ne resta plus à l'endroit indiqué qu'une nodosité dure et résistante, grosse comme une noisette. Elle garda cet aspect pendant les quatre ans que dura l'internat de M. X...; la pression ou les efforts musculaires seuls la rendaient douloureuse. A la fin de son internat, alors qu'il préparait le concours de la médaille d'or, 4 ans presque jour pour jour après le début de sa fièvre typhoïde, M. X... s'aperçut que la tumeur devenait plus douloureuse, plus volumineuse et fluctuante.

Un véritable phlegmon de la paroi thoracique se développa et une large incision donna issue à une grande quantité de pus. La plaie se cicatrisa peu à peu, mais pas complètement, si bien qu'il resta un orifice fistuleux se fermant de temps en temps pour s'ouvrir à nouveau et laisser alors s'écouler quelques grammes de liquide séropurulent par vingt-quatre heures. Lorsque la cicatrice se fermait temporairement, au-dessous d'elle se formait un petit abcès dont le développement s'accompagnait de frissons et de fièvre.

Pendant cette longue période, la santé générale s'était maintenue parfaite et M. X... avait pu affronter les concours du Bureau central.

Il s'était toujours refusé à la rugination de deux côtes; opération qui lui avait été proposée. Dix ans s'étaient écoulés depuis le début de la fièvre typhoïde, lorsque trois petits séquestres s'éliminèrent spontanément par la plaie.

Dès lors, la cicatrisation se fit complète, rapide et pour toujours.

D'examen bactériologique, il ne fut pas question, car cette observation fut prise il y a près de trente ans, mais en rapprochant son histoire de celle des ostéites costales publiées en ces derniers temps, il est permis de supposer que le bacille d'Eberth devait être également en cause. Quel autre microbe aurait pu déterminer à la suite d'une fièvre typhoïde, cette évolution à caractères si spéciaux, à marche si particulière, procédant par poussées, pendant dix ans, jusqu'à l'élimination de séquestres, et cela au milieu d'une santé générale presque constamment parfaite.

Ce fait mérite d'autant plus d'être rapporté qu'il ne sera plus donné souvent d'observer une lésion de si longue durée. Grâce aux progrès de l'antisepsie, on n'a plus de raison aujourd'hui d'attendre, comme l'a fait M. X..., l'expulsion spontanée de séquestres osseux. L'ablation des parties nécrosées avec la rugine ou la gouge et le maillet, permettront toujours la cicatrisation rapide et complète.

COURRIER

—

Le baccalauréat moderne et les études médicales. — Le Conseil de la Faculté a entendu le rapport de M. Potain, présenté au nom d'une commission composée de MM. Brouardel, Baillon, Gariel, Tarnier et Bouchard, au sujet de l'accession aux études médicales des jeunes gens pourvus du baccalauréat moderne.

Le programme de cet examen ne comporte pas l'étude des langues anciennes. M. Potain et la Commission estiment donc qu'il ne suffit pas pour les études médicales. La connaissance des étymologies est, dit le rapporteur, indispensable en médecine; beaucoup de travaux ont été écrits en langues anciennes. L'étude de celles-ci facilite celle des langues modernes, indispensables aux hommes de sciences. Quant à l'étude des mathématiques, on n'en voit point l'utilité, ni au point de vue pratique, ni au point de vue philosophique Il faut au médecin une instruction supérieure et une culture intellectuelle qui motivent le maintien nécessaire des études littéraires pour l'étudiant.

Conformément aux considérants du rapport, la Faculté demande au ministre de ne pas admettre le baccalauréat moderne comme donnant accès aux études médicales. Au moment où on supprime « l'officiat de santé, ce serait, par une voie détournée, revenir à ce que l'on a condamné. »

L'opinion défendue par M. Potain et par la Faculté est celle de la plupart des médecins français.

Banquet du professeur Potain. — Près de deux cents confrères seront réunis jeudi, à l'Hôtel-Continental, pour fêter la nomination de M. le professeur Potain à l'Institut. M. Lacaze-Duthiers, président, a le premier pris la parole et a raconté comment, fait inconnu jusqu'ici, M. Potain a été nommé presque à l'unanimité membre de l'Académie des sciences. Après lui, MM. Brouardel, Guyon et Dieulafoy ont successivement prononcé des discours fort applaudis. Puis M. Gaucher, au nom des anciens élèves et des anciens chefs de clinique du maître, a bu à la santé de M. Potain qui a répondu d'une façon charmante à tous ces différents toasts.

Banquet de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. — Le 13 décembre a eu lieu le banquet annuel de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.

A la table d'honneur, présidée par M. Levasseur, membre de l'Institut, président actuel de la Société, avaient pris place: M. Poubelle, préfet de la Seine; M. Rochard, vice-président de l'Académie de médecine; M. le Dr Peyron, directeur de l'Assistance publique; M. Derouin, secrétaire général; MM. les professeurs Brouardel, Proust, Pinard, Gariel; MM. Nocard, Drouineau, R. Blanchard, A. Carnot; MM. E. Trélat et Siegfried, députés; M. H. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur; MM. les docteurs Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé au ministère de la guerre; Lucas, directeur du service de santé de la marine; Treille, directeur du service de santé des colonies; M. Bertillon; M. Buisson, directeur de l'enseignement primaire au Ministère de l'instruction publique, Napias, etc.

Différents toasts ont été portés successivement par MM. Levasseur, Poubelle, Brouardel, Rochard, Napias et E. Trélat.

Vacances du jour de l'an dans les facultés. — Elles dureront comme de coutume une semaine, du dimanche 31 décembre au dimanche 7 janvier; les cours reprendront le lundi 8.

— Un mari, dont la femme a succombé à la suite de la mise au monde de deux jumeaux a formé contre M. le docteur T..., qu'il avait chargé de cet accouchement, une demande

en 20,000 francs de dommages-intérêts. Il reprochait à notre confrère d'avoir commis une faute lourde en ne procédant pas à l'extraction des débris de placenta restés dans la cavité utérine, ce qui avait eu pour conséquence d'entraîner la mort de la femme du demandeur.

L'affaire est venue devant la 4e Chambre du tribunal civil de la Seine. M. le docteur T... a répondu que cette opération avait été jugée par lui dangereuse et impossible à cause de l'état et de la constitution de la parturiente, et plusieurs autres médecins ont confirmé cette opinion.

Le tribunal a rendu un jugement par lequel il déboute le demandeur, attendu qu'il s'agit, dans l'espèce, d'un débat d'ordre scientifique, et que, du reste, M. le docteur T... n'ayant commis aucune faute, ne saurait être rendu responsable de la mort de l'accouchée. (*Semaine médicale.*)

— Par arrêté ministériel en date du 25 décembre 1893 sont admis à circuler en France aux conditions du tarif de 5 centimes pour 50 grammes :

Les notes d'honoraires, avec ou sans indication de la date et du mode de payement ; les factures acquittées ou non, les relevés de compte, les ordonnances médicales, les certificats et documents analogues, les quittances et reçus de sommes versées, pourvu qu'ils ne soient pas établis en forme de lettre.

Les cartes de visite imprimées ou manuscrites, avec nom, prénoms, qualité ou profession, adresse de l'expéditeur, jours et heures des consultations, sont admises à circuler par la poste au tarif des imprimés.

L'HOMÉOPATHIE AU CONSEIL MUNICIPAL. — A la suite d'une enquête faite dans les différentes cliniques homéopathiques de Paris, au cours de laquelle on a constaté que plus de 150,000 consultations étaient données aux malades, plusieurs conseillers municipaux se sont émus de la situation faite à ces malades dans les hôpitaux où l'homéopathie n'est pas pratiquée. Ils ont, paraît-il, l'intention de saisir prochainement le Conseil de cette question et de s'occuper des modifications à apporter dans les hôpitaux où il serait nécessaire que les malades pussent être, selon leur désir, soumis indistinctement aux traitements homéopathes ou allopathes. M. le Dr Flasschœnt a fait, sur ce sujet, dans la *Ville*, une étude qui mérite d'attirer l'attention des membres du Conseil municipal.

Cet article extrait du journal la *Nation* se passe de commentaires.

UNE NOUVELLE RUE BLANCHE. — Sur la demande de M. Davrillé des Essarts, conseiller municipal de Passy, le nom du docteur Blanche, décédé il y a quelque temps, a été attribué à la rue des Fontis.

— Le Conseil municipal a voté un crédit de 13,400 francs pour l'établissement du casier sanitaire des maisons de Paris.

INCIDENT AU CONCOURS DE L'INTERNAT. — Un des candidats, d'origine russe, dont le nom avait une résonnance significative, fut salué par des cris de : « Vive la Russie ! » par les étudiants présents. Mais, à la stupéfaction générale, le candidat répondit par le cri de : « A bas le tzar ! »

— La Société anthropologique de Washington offre deux prix de 750 et de 375 francs, pour le meilleur essai (de 3.000 mots au plus) sur la définition du « citoyen le plus utile », sur ce que doit être le citoyen pour rendre le plus de services à la communauté. Les manuscrits seront accueillis jusqu'au 1er mars 1894 par M. W. Flint, 1101 K. Street (N. W.) Washington D. C. (*Revue scientifique.*)

PROJET DE MODIFICATIONS A LA LOI DE 1838 SUR LES ALIÉNÉS. — On vient de distribuer aux députés une proposition de loi sur le régime des aliénés présentée pour la seconde fois par MM. Joseph Reinach et Ernest Lafont.

Le texte de cette proposition de loi peut être considéré comme la synthèse d'une

proposition préparée antérieurement par le gouvernement, développée par le Sénat' modifiée sur quelques points par MM. J. Reinach et Lafont, corrigée sur d'autres par les Commissions des deux dernières Chambres, revue enfin par le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Les modifications essentielles à la loi de 1838 que réclame la proposition de MM. Reinach et Lafont se résument en ceci :

1° L'internement ne sera jamais ordonné, jusqu'à l'arrêt judiciaire, qu'à titre provisoire. Tant que le tribunal n'aura point statué sur le cas du malade, celui-ci sera placé dans un quartier d'observation.

2° Les établissements publics devront comprendre deux quartiers annexes destinés au traitement, l'un des épileptiques, l'autre des idiots et des crétins.

3° Asiles spéciaux — et non pas seulement quartiers spéciaux — pour les aliénés criminels, dont l'internement pourra être perpétuel. Il le sera si le médecin déclare que l'aliéné dont il s'agit est légitimement suspect de rechute — ce qui est la règle. Il ne serait remis en liberté que si le médecin déclarait le contraire.

La proposition de loi de MM. Reinach et Lafont réclame de nombreuses améliorations matérielles à la situation des aliénés comme à celle de ceux qui les soignent. Chaque département, en outre, serait tenu d'avoir, dans un délai de dix ans, un établissement public destiné à recevoir les aliénés, ou de traiter à cet effet avec un établissement public d'un autre département.

Mutations dans les services de médecine des hôpitaux. — Les mutations suivantes auront lieu le 25 décembre, M. Rigal passe à l'hôpital Beaujon; M. Gouraud, à la Charité; M. Huchard, à Necker; M. Raymond, à la Salpêtrière ; M. Dreyfus-Brissac, à Lariboisière ; M. Cuffer, à Necker ; M. Roques, à Bichat ; M. Chauffard, à Laennec ; M. Oulmont, à Laennec ; M. Muselier, à Broussais ; M. Josias, à la Pitié ; M. Juhel-Renoy, à Cochin ; MM. H. Martin, Netter et Gilbert, à Tenon ; M. A. Petit, à Sainte-Périne ; M. Variot, à Debrousse; MM. Babinski, à Aubervilliers ; M. Marie, au Danube.

Corps de santé de la marine et des colonies. — M. le méd. de 2e cl. Grimaud, de Lorient, est destiné au *D'Iberville*.

A été nommé dans la réserve de l'armée de mer au grade de médecin de 2e classe : M. Aubœuf, méd. de 2e cl. de la marine, démissionnaire.

Liste d'embarquement des médecins de 1re classe :

Cherbourg. — MM. 1. Deblenne ; 2. Noblet ; 3. Vinas ; 4. Duprat ; 5. Babot ; 6. Marestang; 7. Foucaud ; 8. Roby.

Lorient. — MM. 1. Michel ; 2. Mortreuil ; 3. Thamin; 4. Ropert ; 5. Palasne de Champeaux ; 6. Du Bois Saint-Sévrin ; 7. Chastang ; 8. Laffont.

Rochefort. — MM. 1. Arami ; 2. Dufour ; 3. Gorron ; 4. Touchet ; 5. Lassabatie ; 6. Torel ; 7. Tardif ; 8. Machenaud ; 9. Mathé.

Toulon. — MM. 1. Gauran ; 2. Ourse ; 3. de Bonadona ; 4. Cauvet ; 5. Pons ; 6. Sibaud; 7. Durbec ; 8. Philip ; 9. Boutin ; 10. Couteaud ; 11. Théron ; 12. L. Alix; 13. Barrême ; 14. Curet ; 15. Raffaëlli ; 16. Cognes; 17. Poulain ; 18. Millou ; 19. Trabaud ; 20. Arène ; 21. Lelong ; 22. Roux.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

BULLETIN

Les réformes du concours de l'agrégation

Ainsi que nous l'avions fait prévoir dans un de nos récents articles, le concours pour l'agrégation des Facultés de médecine va de nouveau recevoir de profondes modifications. Dans la séance du jeudi 14 décembre, le conseil des professeurs de la Faculté a entendu le rapport de sa commission, au sujet de la composition du jury, et adopté d'abord le premier article que voici :

Le Concours d'agrégation, pour les sections de médecine, chirurgie et obstétrique, sera distinct pour chaque Faculté de médecine et aura lieu devant cette Faculté.

Pour ces sections, il serait désirable, dans l'intérêt de l'enseignement, que chaque Faculté fût libre de régler elle-même le régime de son agrégation et la durée d'exercice de ses agrégés.

Nous avons déjà discuté ces conclusions et montré que cette tentative de décentralisation abaisserait peut-être le niveau des concours de province en supprimant le contact entre les candidats des différentes Facultés. Quoiqu'il en soit, la mesure paraît équitable et est en général assez bien accueillie du public parisien.

M. le professeur Bouchard avait, paraît-il, demandé la création d'un double concours : 1° un concours d'admissibilité ; 2° un concours d'admission ou concours définitif.

Le *concours d'admissibilité* aurait eu lieu tous les ans et les candidats auraient pu s'y présenter au sortir de l'Internat. Les épreuves auraient porté sur la physiologie, l'histologie et la pathologie.

Le *concours définitif* aurait eu lieu tous les trois ans, comme le concours actuel d'agrégation. L'admissibilité eût été valable pour trois concours. Au bout de neuf années, le candidat malheureux aurait pu recommencer les épreuves d'admissibilité.

Ce concours définitif ou d'admission n'aurait compris que des épreuves de titres, d'anatomie pathologique, de clinique et une leçon faite après vingt-quatre heures de préparation.

M. le professeur Bouchard proposait ces modifications afin de supprimer les épreuves de mémoire et de permettre aux candidats de se livrer à des travaux personnels.

Ces modifications ont été repoussées à une très forte majorité. M. le professeur Brouardel a fait remarquer qu'avec le système de M. Bouchard, les candidats arriveraient plus tard qu'actuellement à l'agrégation, et enfin c'est vraiment assez d'un concours pour arriver à une situation qu'on n'acquiert que lorsqu'on a déjà subi de nombreuses épreuves.

Comment seront maintenant composés les jurys ? Nous ne pouvons faire

mieux pour y répondre que de mettre sous les yeux du lecteur les vœux émis par la commission qui sont les suivants :

Les jurys d'agrégation de médecine seront formés de onze juges, tirés au sort parmi les professeurs de la section et choisis ainsi qu'il suit :

Deux professeurs de clinique générale ;

Deux professeurs de clinique spéciale ;

Un professeur de pathologie interne ;

Un professeur de thérapeutique ou de pathologie générale ;

Un professeur d'anatomie pathologique ou de pathologie expérimentale ;

Un professeur d'hygiène ou de médecine légale ;

Trois professeurs tirés au sort parmi les autres professeurs de la section de médecine.

Les juges suppléants seront également tirés au sort dans un ordre déterminé.

Le jury de chirurgie et d'obstétrique sera composé de neuf membres, dont deux professeurs d'accouchement et sept professeurs de chirurgie tirés au sort et, à défaut d'un nombre suffisant de chirurgiens, de un ou plusieurs professeurs de médecine

Voilà déjà des changements importants, il en est d'autres qui touchent à la nature des épreuves. La leçon de trois quarts d'heure est maintenue ; mais on supprime les livres que le jury devait désigner pour aider les candidats. Cette mesure réclamée autrefois par de nombreux concurrents est aujourd'hui, bien entendu, blâmée par un certain nombre de médecins ou de chirurgiens des hôpitaux qui comptent se présenter à l'agrégation. Ils donnent pour raison qu'avec les deux dictionnaires, tout ce qui était affaire de mémoire pure était supprimé, en faveur du travail qui consiste à apprendre et à approfondir les questions nouvelles et elles sont nombreuses.

L'épreuve des titres subsiste, mais ils seront imprimés. Il n'y a là qu'un petit changement ; car, en 1892, cette façon de faire avait été adoptée sur l'initiative même des candidats. On sait la valeur qu'on a attaché dans le dernier concours aux titres scientifiques. Certes, cela a une certaine importance ; mais il ne faut cependant pas oublier que les épreuves de l'agrégation ont pour but de nommer des professeurs, c'est-à-dire des hommes destinés à l'enseignement, ce qui n'a rien à revoir avec l'originalité d'esprit qui fait produire des travaux nouveaux. Si les deux qualités sont réunies dans la même personne, c'est parfait ; mais il ne faudrait pas, il nous semble, donner aux deux premières épreuves du concours la même importance, car dans celle de trois quarts d'heure, qualité de diction, clarté dans l'exposition, jugement dans l'appréciation des faits sont au premier titre les qualités du professeur ; dans celle des titres, originalité dans les travaux, variété dans les découvertes sont plutôt la marque d'un esprit scientifique qui peut très bien ne pas réussir dans l'enseignement.

Telles sont les épreuves de l'admissibilité. Dans un prochain article, nous étudierons les modifications non moins intéressantes apportées à celles de l'admission.

Hôpital de la Charité. — M. Tillaux

Des fractures du col du fémur

Leçon clinique recueillie par le docteur Paul Thiéry, chef de clinique

Au numéro 20 de la salle Trélat est couché un cocher de fiacre âgé de 59 ans. Cet homme fut renversé de son siège et projeté à une certaine dis-

tance. Le côté droit a porté sur le macadam; il n'a pu ni marcher ni se relever et on l'a amené à l'hôpital.

Le diagnostic que j'ai porté est fracture du col du fémur droit et j'ai même complété le diagnostic en disant qu'elle était extra-capsulaire. Cela peut paraître risqué à ceux d'entre vous qui pensent que cette précision du diagnostic est presque impossible; mais je vais vous dire tout à l'heure sur quels signes je me fonde.

A l'aide de trois signes, vous pouvez faire le diagnostic *général* d'une fracture du col :

1° rotation en dehors ; 2° raccourcissement du membre indépendant de tout traumatisme antérieur; 3° impuissance à soulever le talon du plan du lit. Quand un sujet qui vient de subir un traumatisme présente ces trois signes, vous pouvez affirmer la fracture du col du fémur.

Ces fractures sont très intéressantes à étudier, non seulement au point de vue scientifique, mais encore au point de vue pratique ; il y a très grand intérêt à spécifier si elles sont intra ou extra capsulaires.

Les signes principaux peuvent manquer : le raccourcissement peut faire défaut et le praticien est induit en erreur, d'où il peut résulter des mécomptes pour lui et des inconvénients pour le malade.

La distinction anatomo-pathologique en fractures extra et intra-capsulaires est vraie la plupart du temps et elle l'est aussi en clinique, l'une passant au ras du sourcil cotyloïdien en décapitant le fémur ; l'autre passant à la base du col vers la ligne intertrochantérienne. Il faut bien dire que l'expression extra-capsulaire n'est pas exacte, c'est plutôt extra-articulaire qu'il faudrait dire. Quelquefois, mais assez rarement, la fracture peut être mixte, c'est-à-dire empiéter plus ou moins sur l'un ou l'autre trait de fracture : mais en clinique cette troisième variété n'intervient guère.

Voici les lésions que présente notre malade, et, je puis l'affirmer, le trait de fracture siège à la base du col. Le col est solide, résistant, surtout dans le sens de sa longueur. Or, la chute portant presque toujours sur le grand trochanter, la tête résistant, le col cède au point le moins résistant; le moignon du col attenant à la tête pénètre dans l'épaisseur du grand trochanter en le faisant éclater pour ainsi dire. fracture par pénétration, avec engrènement.

Donc, dans la fracture extra-capsulaire, il y a par pénétration du grand trochanter disparition du col, et le raccourcissement résulte de la disparition de l'inclinaison du col : il varie donc avec chaque sujet.

Au contraire, dans la fracture intra-capsulaire il n'y a pas pénétration, ou elle est tout à fait l'exception. Elle ne nécessite pas pour se produire un traumatisme violent. Elle se produit chez les gens âgés ; on l'a vu se produire pendant un simple faux mouvement exécuté dans le lit chez des vieillards depuis longtemps alités ; elles sont plus fréquentes chez la femme. Mais alors les deux fragments étant intra-capsulaires et étroitement maintenus par la capsule, les fragments peuvent ne pas glisser et le raccourcissement faire totalement défaut ; le médecin fait la mensuration, ne trouve pas de raccourcissement et conclut à la contusion simple. Mais s'il fait une nouvelle mensuration quelques jours plus tard, il constate un léger raccourcissement produit probablement par l'ascension du fragment.

inférieur, sollicité par le psoas iliaque qui triomphe peu à peu de la résistance de la capsule qui finit par se laisser étirer.

Au contraire lorsqu'il y a engrènement osseux, le raccourcissement consécutif n'est plus possible.

Il existe un autre signe qui présente une grande importance. Dans la fracture intra-capsulaire, le grand trochanter est normal, ni épaissi ni douloureux ; dans la fracture extra-capsulaire, au contraire, le grand trochanter éclaté est beaucoup plus volumineux, il peut être doublé de volume et plus par éclatement.

Enfin, dans la fracture extra-capsulaire, la pénétration ne se fait pas centre par centre en raison de la disposition de l'axe du col par rapport à celui du grand trochanter ; elle est plus complète en arrière qu'en avant, aussi le membre est rejeté en dehors, les deux fragments saillants en avant et cette rotation en dehors est fixe.

Dans la fracture intra-capsulaire, s'il y a rotation en dehors, c'est le poids du membre qui la produit comme sur le cadavre ; on peut même observer la rotation en dedans.

Pourquoi donc ai-je pu sur notre malade affirmer que la fracture était extra-capsulaire : ce n'est pas seulement parce que j'ai senti le grand trochanter épaissi, car cette appréciation dans les cas légers peut varier avec l'observateur.

Mais me plaçant au bout du lit, j'ai pris le pied et j'ai tenté de corriger la rotation en dehors; immédiatement le malade a poussé des cris, et même en insistant je n'aurais pu y réussir, mais j'aurais entraîné le bassin, fait qui résulte comme je vous l'ai dit de ce que la rotation en dehors provint de l'enclavement du col dans le grand trochanter.

Par conséquent je crois que le diagnostic entre ces deux variétés de fractures du col est facile, contrairement à l'opinion de beaucoup d'auteurs. Basez-vous exclusivement sur l'anatomie pathologique qui vous démontre que la fracture intra-capsulaire n'est jamais pénétrante et que l'extra-capsulaire l'est à peu près toujours.

Le pronostic n'est pas absolument le même : une fracture extra-capsulaire guérit en 55 à 60 jours avec une consolidation certaine ; vous pouvez affirmer au malade qu'il marchera. Il n'en est plus de même pour l'intra-capsulaire et au point de vue pronostic c'est une grosse faute d'avoir diagnostiqué contusion.

C'est plutôt avec la luxation que l'on pourrait confondre la fracture extra-capsulaire lorsqu'il y a rotation exagérée en dehors ; c'est avec la seule luxation sous-pubienne où il y a *extension* et rotation en dehors que l'on peut hésiter.

Mais, dans la fracture, le membre est en rotation en dehors *sans abduction* ; dans la luxation, *il y a abduction* et la région trochantérienne est située dans la cavité cotyloïde, on sent donc une dépression à sa place normale, tandis que dans la fracture non seulement il est à sa place, mais encore épaissi, donc facilement tangible.

Chez notre malade, vous voyez que je n'ai pas appliqué de gouttière ; c'était le traitement ancien que je croyais autrefois nécessaire.

Mais aujourd'hui je supprime tout appareil; sans chercher le désengrènement des fragments, j'emploie l'extension continue à 3 ou 4 kilog. D'ailleurs,

dans la fracture extra-capsulaire, l'extension n'est pas très nécessaire ; dans la fracture intra-capsulaire elle peut donner les meilleurs résultats sans avoir les inconvénients et produire la torture de la gouttière.

Pendant 45 ou 50 jours et au delà nous laisserons l'extension : à ce moment, le malade peut essayer de se lever, mais dans les fractures intra-capsulaires il peut y avoir nécessité de prolonger l'immobilisation pendant un an et plus, ce sera donc déjà beaucoup d'avoir fait le diagnostic exact et par suite d'avoir établi d'emblée le pronostic et la durée du traitement.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 décembre 1893 — Présidence de M. Laboulbène

L'Académie avait à élire un vice-président pour 1894 ; 63 voix se sont portées sur M. Empis; un dissident a voté pour M. Hervieux et un autre pour M. Guyon. De nombreuses élections sont du reste prochaines, car des places sont déclarées vacantes dans la section de thérapeutique, dans la section d'anatomie pathologiqne et dans la section des associés libres. Que de compétitions à l'horizon.

La séance solennelle avait interrompu la suite des travaux habituels. Ils ont repris par une lecture de M. Robin qui a terminé sa communication.

Les albuminuries phosphaturiques

Le traitement des albuminuries phosphaturiques est principalement basé sur les pratiques hygiéniques auxquels s'adjoignent les agents médicamenteux appropriés.

Il importe d'abord de combattre les troubles nutritifs, la désintégration conduisant à l'élimination exagérée du phosphore et d'activer les oxydations. Puis il faut empêcher la destruction des globules du sang et naturellement lutter contre le symptôme albuminurie.

Comme traitement hygiénique, on recommandera l'exercice modéré, des frictions, du massage et le repos intellectuel complet. L'alimentation devra surtout comprendre les légumes riches en phosphore et en potasse, tels que les fèves et les lentilles, tandis que les féculents et les sucres qui ralentissent les oxydations sont contre-indiqués. Le bœuf, le mouton, les mollusques seront permis, mais on repoussera les viandes riches en gélatine et les poissons.

On emploiera, dans le traitement médicamenteux, l'arséniate de soude, l'huile de foie de morue, les glycéro-phosphates, les hypophosphites, le sulfate de quinine, l'extrait de quinquina, tous agents dirigés contre le trouble nutritif. La médication ferrugineuse, arsénicale, strychnique combattront la déglobulisation, l'acide gallique, les préparations iodo-tanniques donneront de bons résultats contre l'albuminurie.

M. Laborde convaincu, à juste titre, de la valeur de son procédé du traitement contre l'asphyxie, rapporte de nouveaux faits de

Tractions rythmées de la langue dans l'asphyxie avec mort apparente chez le nouveau-né

Cinq nouveaux cas de rappel à la vie viennent d'être recueillis de différents côtés. Dans l'un d'eux, l'enfant était en état de mort apparente depuis une demi-heure, et la respiration reparut au bout de 20 minutes de tractions. M. Laborde recommande de faire 15 à 20 tractions par minute.

M. LANCEREAUX trouve remarquables les résultats obtenus par le procédé des tractions rythmées de la langue, mais il doute qu'il puisse toujours réussir. Il doit donc être inefficace lorsque le premier accident est l'arrêt du cœur.

Pour M. LABORDE, au contraire, son procédé, bien qu'applicable surtout aux asphyxies respiratoires, réussit dans tous les cas.

M. LANCEREAUX fait remarquer qu'il y a des arrêts de respiration qui tiennent à l'excitation des extrémités sectionnées des nerfs vagues, ce qui est suivi d'un arrêt par inhibition des centres respiratoires. C'est ainsi que, dans un cas de convulsions ayant entraîné la mort apparente chez un enfant, M. Lancereaux a pu, à l'aide de piqûres de morphine, rétablir la respiration. Il a réussi par le même traitement dans un cas de cancer du larynx, chez lequel la trachéotomie n'avait pas suffi.

M. PINARD a eu recours au procédé de M. Laborde dans 3 cas et a eu 3 insuccès.

M. LABORDE répond que M. Pinard n'a peut-être pas assez persévéré ou a commencé trop tard. Il a présenté 64 faits indiscutables.

M. PÉRIER est venu lire une note de M. PLICQUE, sur l'

Examen de l'abdomen dans la position genupectorale.

La position genupectorale, à condition que l'aplomb soit bien établi, les cuisses légèrement fléchies sous le ventre amène un relâchement complet des muscles de la paroi. De plus, l'intestin grêle s'accumule vers les parties médianes de l'abdomen, laissant libre les parties latérales, hypochondre, flanc, fosse iliaque. L'exploration de l'estomac, du foie, du rein, est en particulier facilitée. En plaçant le malade dans une position un peu oblique, le siège plus élevé que le thorax, le dégagement de certaines tumeurs du bassin est également très net. Enfin, le procédé permet de reconnaître des épanchements ascitiques même peu abondants.

La position genupectorale modifie de plus certains symptômes. Clapotement stomacal, mobilité de quelques tumeurs avec le diaphragme. Il est encore difficile d'apprécier la valeur séméïologique de ces modifications.

Cette position, évidemment un peu singulière, ne saurait être proposée qu'en cas de diagnostic restant incertain par les autres procédés. Elle sera évitée chez les malades souffrant beaucoup, dyspnéiques. Elle donne peu de renseignements et est assez mal supportée dans les très grosses tumeurs de l'abdomen, les fibromes volumineux en particulier.

La grossesse avancée, à moins d'indication spécial (rétroflexion de l'utérus, gravide, présentations vicieuses), paraît également une contre-indication.

A la fin de la séance, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Hallopeau sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique. M. Laveran a été classé en première ligne. Viennent ensuite : en deuxième ligne, M. Blanchard ; en troisième ligne, M. Ferrand ; en quatrième ligne *ex æquo*, MM. Du Castel, Legroux et Sevestre. Sur la demande de plusieurs membres, M Huchard a été adjoint à la liste.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 14 décembre 1893. — Présidence de M. E. BESNIER

Mycosis fongoïde

M. QUINQUAUD présente deux malades atteints de mycosis fongoïdes et chez lesquels l'évolution des lésions a présenté des particularités intéressantes. Au début, il s'est produit une plaque eczématiforme qui, dans un des cas, a duré 6 ans. Cette plaque peut guérir temporairement; mais, dans l'intervalle des poussées, il reste un état plissé de la peau qui garde une couleur brune. La dissémination des altérations ne se fait qu'ulté-

rieurement; il se produit alors une infiltration nodulaire au niveau de la plaque et, à la périphérie, l'envahissement s'accuse par l'existence de petites plaques satellites, de bourrelets pâteux dus à une infiltration profonde. L'ulcération des plaques est plus ou moins tardive et s'accompagne d'adénopathie.

Au moment de la production des exulcérations et de la dissémination, il y a souvent de l'azoture transitoire légère avec amaigrissement; il y a augmentation de l'urée du sang et leucocytose faible.

Histologiquement, on constate que les parois des vaisseaux sont intactes et il y a rarement un développement net d'un réticulum.

M. Quinquaud, chez un de ses malades présentant un commencement de généralisation, a employé le traitement par l'arsenic et s'est servi de la liqueur de Fowler en injections hypodermiques. Les lésions ont semblé s'arrêter.

Chancre syphilitique de l'aisselle

M. Fournier, ayant à examiner un jeune homme en pleine syphilis secondaire, mais ne pouvant pas trouver trace de chancre, découvrit trois ganglions bien nets dans l'aisselle. Il n'y avait cependant rien au membre supérieur; mais, dans l'aisselle même, existait une macule arrondie, infiltrée, reposant sur des téguments un peu durs. Le malade racontait avoir eu là une plaie qui s'était cicatrisée spontanément et s'était produite quelque temps après des rapports avec une prostituée qui l'avait chatouillé sous le bras à plusieurs reprises avec la main.

Le chancre oculaire

Les maladies syphilitiques de l'œil sont relativement peu fréquents. Sur 4,993 malades présentant des affections oculaires et soignés par M. Galezowski depuis le 1er janvier 1891 jusqu'au 1er décembre 1893, 129 seulement présentaient des affections syphilitiques et, sur ce nombre, il n'y avait que 2 chancres et 3 gommes de la paupière, dont une seule ulcérée. Les chancres ne s'accompagnaient pas de complications du côté du globe, mais dans les cas de gomme il existait des lésions de la cornée, de l'iris et de la choroïde. On pourrait dire que quand un ulcère palpébral s'accompagne de kératite ponctuée, d'iritis, de choroïdite, il s'agit d'une gomme et non d'un chancre; ce dernier donne souvent lieu à des excrétions assez abondantes et occupe habituellement l'angle interne de l'œil et la paupière inférieure. Au contraire, les gommes se développent de préférence vers l'angle externe. Le traitement local est simplement palliatif et il faudra s'occuper avant tout de la syphilis constitutionnelle. On se bornera à saupoudrer la plaie avec de la poudre de calomel et à donner des douches boriquées ou phéniquées.

Syphilis ou dermato-névrose syphiloïde

M. Jacquet présente, au nom de M. Fernet et au sien une malade atteinte d'une éruption dont l'interprétation est difficile. Elle rappelle de fort près la roséole spécifique en voie de disparition et tel avait été d'emblée le diagnostic. MM. Jacquet et Fernet ne s'étaient pas laissés ébranler par l'absence de l'accident initial, sachant combien il est fréquent de ne pas le rencontrer chez la femme, en dépit d'un minutieux examen.

On ne trouvait, il est vrai, aucun autre symptôme relevant de l'infection spécifique, et cela étonnait déjà un peu. Mais, surtout, les commémoratifs formaient chez la malade un ensemble véritablement saisissant, bien fait pour ébranler. D'une part, en effet, la malade, bien prévenue des conséquences graves, peut-être, de ses négations, déclare de la façon la plus catégorique qu'elle n'a eu depuis trois années aucune relation sexuelle. Elle paraît fort inquiète de sa maladie, fort désireuse d'en avoir la solution, elle recherche d'elle-même toutes les enquêtes et, en un mot, elle paraît fort sincère. Il n'y a, d'ailleurs, aucune raison pour soupçonner une infection extragénitale.

D'autre part, la dermatose est survenue dans les conditions suivantes : il y a trois mois environ, à la suite d'une crise nerveuse suivie de perte de connaissance prolongée, due à une vive émotion, la malade s'est trouvée mal à l'aise ; le lendemain, elle a eu deux ou trois nouvelles crises, mais atténuées et courtes, et c'est le surlendemain qu'apparaît, au milieu d'un cortège d'énervement et de prurit fort pénibles, l'éruption que l'on peut constater, et qui en une semaine a atteint son maximum, présentant les caractères d'une roséole entremêlée de tâches d'aspect craquelé, irritatif, avec, çà et là de minuscules croûtelles.

Cet exanthème s'est fait par poussées successives, toujours précédées et accompagnées de démangeaisons, et celles-ci persistent et même s'accentuent aujourd'hui que l'éruption est en voie de pigmentation et de décroissance.

Il faut noter que la malade est de souche neuro-arthritique avérée, qu'elle-même est entachée d'éthylisme et surtout de caféisme, qu'elle est en pleine ménopause et se trouvait lors de l'éclosion dc l'exanthème, au moment présumé de ses époques menstruelles, c'est-à-dire à une période éminemment favorable aux poussées hypérémiques et vasomotrices de tout genre ; on peut donc se demander si son éruption n'est pas une résultante dont les principaux facteurs étiologiques ont été actionnés par la violente commotion morale qu'elle a subie.

Ce serait, en résumé, une dermatose suscitée par « choc moral » sur un terrain arthritique.

Albuminurie syphilitique et chancre de l'abdomen

M. Gaston présente un malade envoyé par M. le docteur Brocq dans le service de M. le professeur Fournier, avec le diagnostic de chancre de l'addomen.

Ce chancre apparut au mois de juillet 1893 ; il semble avoir été inoculé par des draps d'hôtel sur une vésico-pustule de phtiriase. Situé à deux centimètres environ au-dessus et à gauche de l'ombilic, il se présente sous l'aspect d'une ulcération elliptique rouge cerise, composée de bourgeons charnus, à bords surélevés et durs, mesurant six centimètres de long sur quatre de large, il s'accompagne d'adénites axillaires.

Vers le milieu de novembre, en même temps que la roséole apparaissait, les urines devenaient rares, troubles, rougeâtres, et le malade fut atteint d'un anasarque qui laissa seulement la face intacte.

Il n'y eut de signes de néphrite que la constatation de l'anasarque et la présence de 1 gr. 87 centigr. d'albumine dans l'urine.

Sous l'influence du régime lacté et du traitement ioduré, l'albumine est tombé à 0 gr. 30 centigr. par litre. L'œdème a disparu.

M. Gaston rejette l'hypothèse d'une albuminurie due à une néphrite à frigore ou à une congestion rénale d'origine hydrargyrique. En effet, d'une part, le malade n'a pas eu de causes de refroidissement, et, d'autre part, le traitement mercuriel auquel fut soumis le malade n'a duré que cinq ou six jours.

Quoique le malade soit éthylique, l'apparition de l'albuminurie en même temps que la roséole, l'amélioration rapide sous l'influence du traitement ioduré, l'absence de phénomènes urémiques, sont bien en rapport avec une néphrite syphilitique secondaire précoce, dont l'alcoolisme aurait été la cause prédisposante.

Sur un vice radical de la classification dermatologique et sur la théorie des faits de passage

M. Hallopeau. — Dans la nomenclature usitée en dermatologie, on place sur le même rang des maladies, c'est-à-dire des états morbides de cause unique et propre, et des affections, c'est-à-dire des états morbides caractérisés seulement par leurs processus et

leurs manifestations symptomatiques, abstraction faite de leur cause ; de là résulte une regrettable confusion. Les causes des maladies peuvent constituer des espèces immuables ; il en est ainsi pour toutes les infections ; on chercherait en vain des faits de passage entre la syphilis, la morve, la lèpre, la tuberculose et les différentes espèces de teignes. D'autres causes morbifiques semblent au contraire susceptibles de varier d'un sujet à l'autre et d'un moment à l'autre chez le même sujet : il en est ainsi des autotoxines, composés chimiques instables ; si, comme on est droit de le supposer, leur action pathogénique est la cause prochaine des dermatoses qui portent les noms de pemphigus, dermatites herpétiformes, érythème polymorphe, urticaires chroniques et prurigos chroniques, on conçoit qu'il puisse y avoir des faits de passage, selon l'expres- de M. Brocq, entre ces différents types cliniques, des hybrides ; il appartiendra à la chimie biologique de donner des indications précises sur ces composés.

Sur une variété de lichen de Wilson simulant par places un pityrias rubra pilaire

M. Hallopeau lit sur ce sujet un travail dont voici les conclusions : 1° le lichen de Wilson peut se traduire par la production de papules miliaires acuminées très analogues à celles du pityriasis rubra pilaire ; 2° elles se groupent autour des papules de Wilson et leur développement semble subordonné à celui de ces éléments ; 3° elles ne présentent pas les localisations céphaliques, phalangiennes et palmaires qui caractérisent essentiellement le pytyriasis rubra pilaire ; 4° leur coïncidence avec les papules de Wilson explique comment Kaposi considère comme appartenant à un même type le lichen plan et le lichen acuminé ; elles ne justifient pas la négation du pityriasis rubra pilaire comme type morbide distinct ; l'aspect des éléments éruptifs n'a qu'une importance secondaire ; ce qui distingue nettement les deux maladies, c'est la différence de leurs localisations.

Sur un cas de dermatite bulleuse du bras survenue sous l'influence d'un vésicatoire permanent

M. Hallopeau. — Cette éruption, d'abord circonscrite à la périphérie de l'exutoire, s'est étendue de proche en proche tout en restant limitée à la même région ; elle a procédé depuis quatre mois par poussées successives se renouvelant incessamment ; elle est liée vraisemblablement à un trouble dans l'innervation trophique provoqué par l'altération des filets nerveux englobés dant la cicatrice.

A propos des névrodermites

M. L. Wickham présente une série de malades atteints de névrose cutanée offrant des types divers de réaction cutanée (*eczématiforme, lichénienne, urticarienne*). L'un d'eux (*névrose cutanée à réaction urticarienne pure, urticaire chronique*) est un alcoolique avéré. Les excès de boisson ont commencé précisément quelques semaines avant le début du prurit, et d'ailleurs les paroxysmes sont toujours venus depuis à l'occasion de nouveaux excès. L'alcool peut donc être considéré comme la cause déterminante du prurit. Mais le terrain était préparé ; non point que le malade fût particulièrement névropathe, mais on trouve dans la ligne héréditaire un frère mort aliéné, un autre frère atteint de prurigo intense dès l'enfance, et sa nièce, la fille de ce dernier frère, atteinte elle aussi d'un violent prurit depuis sa naissance.

Un autre point intéressant est la longue période de prurit sine-materia, de névrodermie persistante. En effet, pendant cinq années, le malade a souffert de violentes démangeaisons qui l'ont plusieurs fois conduit à l'hôpital, sans qu'il se soit produit par le grattage la moindre éruption cutanée. Vers la fin de la cinquième année est apparue

la première poussée urticarienne qui date d'un an. Pendant tout le cours de ces cinq années, le diagnostic porté aurait été certainement, et à juste titre, celui de névrodermie alcoolique, de prurit alcoolique, et pourtant il s'agissait seulement d'une phase de prurit préexistante à la dermatose urticarienne.

Cette observation constitue un fait de transition entre la névrodermie et la névrodermite, et montre qu'il est impossible d'affirmer en présence d'un prurit sine-materia que la névrose restera toujours pure.

Elle montre aussi que le grattage seul ne produit pas toujours la lésion éruptive. On peut concevoir, en effet, qu'il ait fallu au grattage cinq années pour arriver à produire l'urtiéaire. Pourquoi la peau s'est-elle mise tout d'un coup à réagir au grattage. On ne peut ici invoquer un degré plus grand de fatigue stomacale obtenu à la longue pas l'alcool. Mais il est certain que le prurit n'a été que la cause provocatrice de la lésion. Un des malades présentés (névrose cutanée à lichénification directe) particulièrement névropathe, et buvant avec excès du café noir depuis cinq ans, a éprouvé des démangeaisons quelques jours après une violente émotion causée par un incendie il y a trois ans. Le prurit s'est maintenu avec périodes d'accalmies et de paroxysmes. Ceux-ci ont eu lieu chaque année en été. Aussi ce cas aurait-il été désigné avant cette dernière poussée survenue au commencement de l'hiver, sous le nom de prurit estival.

Mais le prurit d'été comme le prurit d'hiver ne sont pas des affections spéciales; ce sont simplement des variétés de névrodermites, dans lesquels le système nerveux reconnaît particulièrement pour cause déterminante les influences saisonnières.

Varices limphatiques de la muqueuse labiale consécutive à des érysipèles à répétition

MM. Tenesson et J. Darier présentent une jeune fille de 19 ans qui, depuis l'âge de 7 ans, a eu une série d'érysipèles de la face, en moyenne trois ou quatre par an, le dernier datant de mars 1892.

A la suite de ces érysipèles qui ne provoquent pas grande réaction fébrile, la malade a vu se développer, et cela surtout depuis la dernière atteinte, un œdème lymphatique permanent de la face droite avec gonflement de la paupière inférieure, c'est-à-dire un véritable éléphantiasis. Il y a un œdème chronique à peine marqué de la joue gauche.

En outre, depuis le dernier érysipèle, ont apparu, sur la muqueuse des deux lèvres et sur la partie avoisinante des joues, un grand nombre de vésicules transparentes, enchâssées dans la muqueuse, de la grosseur d'une tête d'épingle, sans rougeur autour et non douloureuses. Quelques-unes de ces vésicules crèvent spontanément et il s'en forme, incessamment de nouvelles. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire perceptible au cou mais dans la région sous-maxillaire on note la présence de plusieurs cicatrices consécutives à des abcès qui ont évolué superficiellement, localisés exclusivement dans le derme et l'hypoderme. Si nous ajoutons que cette malade présente de la surdité incomplète, des altérations dentaires, des exostoses palatines, nous aurons montré qu'elle offre les stigmates de la scrofule avec quelques signes qu'on pourrait attribuer à la syphilis héréditaire. L'incision et l'examen histologique de quelques-unes de ces pseudo-vésicules a démontré qu'il s'agit de varices lymphatiques développées aux dépens soit des lymphatiques papillaires, soit des tissus sous-papillaires. Les cavités contiennent de la lymphe et sont limitées par un endothélium continu, sans autre paroi propre ; on ne trouve pas de streptocoques dans les tissus examinés.

En piquant avec une lancette une de ces ampoules lymphatiques on en peut tirer non seulement une goutte de lymphe, mais encore toute une série de gouttes. On pourrait recueillir de cette façon, peut-être, 1 centimètre cube de liquide.

Il est vraisemblable que l'œdème chronique et les varices lymphatiques, sont d'origine mécanique et imputables soit à un nœud de lymphangite oblitérante, soit à une sclérose des ganglions consécutive à l'érysipèle récidivant.

COURRIER

Concours de la médaille d'or des hôpitaux de Paris. — *Médecine :* Le concours de la médaille d'or (médecine) s'est terminé par les nominations suivantes : médaille d'or, M. Boix ; médaille d'argent (*ex æquo*), MM. Teissier et Veillon.

Chirurgie : Le concours de la médaille d'or (chirurgie) s'est terminé par les nominations suivantes : médaille d'or, M. Souligoux ; médaille d'argent, M. Cazin.

Concours de l'externat. — La série des premières épreuves (anatomie) s'est terminée mardi dernier. Aujourd'hui commence l'épreuve de pathologie.

Les candidats, par l'intermédiaire du directeur de l'Assistance publique, ont fait demander au jury si on ne pourrait pas leur éviter de venir à chaque séance assister à l'appel, ce qui, certes, leur fait perdre un temps notable. Le jury ne pense pas qu'on puisse apporter des modifications à un concours qui a déjà parcouru la moitié des épreuves, mais il proposera, pour l'année prochaine, une modification qui donnera satisfaction à la demande mentionnée plus haut et qui en même temps ne lèsera pas les intérêts des candidats.

Hôpitaux de Grenoble.— Le concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux de Grenoble, s'est terminé par la nomination de M. Perriol, ancien interne des hôpitaux de Lyons.

Distinctions honorifiques. — M. le professeur Augier, de la Faculté catholique de médecine de Lille, est nommé chevalier de l'ordre pontifical de Saint-Grégoire-le-Grand.

Musée d'histoire naturelle de Chicago. — Chicago va être pourvu d'un musée d'histoire naturelle de belles dimensions : un M. Marshall Field a donné 5,000,000 de francs pour conserver le palais des Beaux-Arts de l'Exposition. Ce palais sera rempli avec les objets donnés par une foule de pays et d'individus après la clôture de l'exhibition ; et il y a, à ce qu'il paraît, de quoi monter un musée admirable, qui se trouvera à dix minutes au plus de l'Université.

Inauguration d'un nouveau pavillon aux Quinze-Vingts. — La semaine prochaine aura lieu, aux Quinze-Vingts, l'inauguration du nouveau pavillon d'isolement pour les aveugles.

Le pavillon comprend quatre grandes chambres de dix lits dans lesquelles pourront être hospitalisés au cours d'une année près de quinze cents malades. Une salle spéciale est réservée à la consultation externe.

M. Spuller, ministre de l'instruction publique et président de la Société d'assistance pour les aveugles, remettra la nouvelle clinique à l'Etat, représenté par MM. Raynal, ministre de l'intérieur, et Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques.

— M. le médecin-inspecteur Mathieu est nommé directeur de l'École du Val-de-Grâce, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Dauvé, placé récemment dans la section de réserve.

M. le médecin-inspecteur Mathieu est nommé membre du Comité technique de santé.

Des inconvénients de l'exercice de la bicyclette. — M. B. Richardson, bicycliste ardent, ne peut s'empêcher de s'écrier :

« Il n'y a plus de doute sur les inconvénients que peut amener l'abus du cyclisme. L'attitude que prennent presque tous les cyclistes en se penchant en avant sur le gui-

don de leur machine, est sûrement préjudiciable à la santé, Et je reconnais pourtant, que pour maintenir la poitrine droite je suis obligé à un grand effort sur moi-même.

« La position courbée est très nuisible. Tout le monde reconnaît qu'elle est disgracieuse. Elle détruit les lignes naturelles de la colonne vertébrale. Le haut de la courbure antérieure se trouve projeté en avant, et la courbure postérieure est peut-être aussi modifiée. Le squelette osseux du thorax est écrasé par la pression anormale exercée sur lui. La circulation se trouve gênée et sans aucun doute les poumons sont aussi entravés dans leurs mouvements. »

Une simple réflexion : si cependant on prend cette attitude pour faire marcher la machine, exercice qui demande une certaine force, c'est qu'assurément le jeu des poumons n'est pas aussi gêné qu'on pourrait le croire.

Ecole de médecine de Rouen. — M. Nicolle est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Honoraires des médecins. — M. Dumontpallier réclamait devant le tribunal civil de la Seine, à un notaire de l'Aisne dont il avait, en 1892, soigné la femme, 1,500 francs d'honoraires. Le notaire, qui avait déjà versé 700 francs, prétendait ne plus rien devoir.

Le tribunal vient de rendre un jugement dont voici les attendus principaux, qui déterminent les conditions dans lesquelles peuvent être réclamés les honoraires des médecins :

... Attendu d'ailleurs qu'on doit avoir égard, en matière d'honoraires de médecin, non seulement à la situation pécuniaire du malade, mais encore à la notoriété que le médecin a pu acquérir par ses travaux et ses découvertes ;

Que, tenant compte de la position du mari de la malade, de la grande situation médicale du docteur Dumontpallier, le chiffre des honoraires réclamés n'est pas exagéré..,

C'est pourquoi le tribunal a condamné le notaire de l'Aisne à payer à M. le docteur Dumontpallier la somme de 800 francs formant avec les 700 francs déjà versés le montant des honoraires qui lui sont légitimement dus.

— Une loi nouvelle qui vient d'être adoptée par la Chambre des députés de Hongrie et qui doit entrer en vigueur à partir du 1er janvier 1894, interdit aux médecins de cercle, à titre de fonctionnaires, l'exercice de la médecine de clientèle dans les chefs-lieux où ils exercent leurs fonctions. A titre de dédommagement ces médecins verront augmenter leurs appointements.

Nécrologie. — MM. les docteurs Barré (de Rouen) ; Rivière, médecin aide-major du 1re classe au 4e régiment de spahis ; Savoureux (de Coudes) ; Thobois (de Masnières).

Corps de santé des colonies. — M. le médecin principal des colonies Le Jollec est appelé à servir au port de Nantes, qu'il ralliera à cette date.

Ont été acceptées les démissions de leur grade et de leur emploi offertes par MM. P.-A.-L. Boullangier, médecin de 1re classe, et L.-S. Fabre, médecin de 2e classe, du corps de santé des colonies.

Ont été promus ou nommés :

Au grade de médecin de 1re classe (ancienneté), M. le médecin de 2e classe E.-P.-S. Davillé ;

Au grade de médecin de 2e classe, MM. les médecins auxiliaires de 2e classe de la marine M.-P. Mille ; J.-A. de Lavigne Sainte-Suzanne ; A.-M.-J. Houillon ; G.-M.-J. Blin ; J.-F. Pelletier, et M. le docteur en médecine P. Delassus.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

*Les ateliers étant fermés le jour de Noël, l'*Union médicale *ne paraîtra pas mardi 26 décembre.*

A NOS LECTEURS

Quelques jours nous séparent à peine de l'année nouvelle et, le moment est venu, suivant les anciennes traditions, de remercier nos lecteurs et de leur dire quelles sont les améliorations que nous comptons apporter dans la rédaction de l'*Union médicale.*

Nos remerciements sont justifiés par le nombre important des nouveaux abonnements qui nous ont été demandés pendant l'année 1893. La vente au numéro s'est aussi sensiblement accrue.

Quant aux améliorations à faire elles sont encore nombreuses et tous nos efforts y tendront. Nous avons déjà lutté de toutes nos forces contre cette ligne de conduite de certains journaux médicaux, qui se bornent à enregisirer les faits et qui évitent toute critique. Notre but est tout autre. Nous ne voulons pas nous borner à la tâche de simple sténographe, tâche qui pourrait être remplie au besoin par des journaux politiques. Nous croyons au contraire que la presse médicale doit être scientifique, qu'elle doit examiner et discuter les événements et donner son opinion sur tout ce qui intéresse notre art. C'est ce que nous nous sommes efforcé de faire dans nos Bulletins et nos premiers Paris.

Nous pensons de plus qu'il y a un choix à établir dans le nombre considérable des matières qui viennent soit de la France, soit de l'étranger, et que rien n'est plus ingrat que la lecture sèche, même de choses intéressantes, placées à la file les unes des autres, sans la moindre coordination. Aussi nous proposons-nous de donner aux *Revues de la presse* une forme nouvelle, en réunissant les faits semblables, de façon à constituer autant que possible une espèce de tout.

La *Revue de l'hygiène* changera aussi de forme ; au lieu de paraître en chapitres séparés, elle constituera un véritable article, portant le titre de *Chronique de l'hygiène*, paraissant deux fois par mois, en alternant avec les articles de fond sur le même sujet et rapportant les événements principaux de la quinzaine.

La *Société de biologie*, la *Société de thérapeutique* paraîtront aussi plus rarement, sous forme de revue, et ne donnant que les faits dignes d'être notés.

La *Thérapeutique* raisonnée tiendra une place de plus en plus grande dans nos feuilles. C'est, en effet, le sujet qui intéresse principalement le praticien, et c'est à ce dernier que nous nous adressons particulièrement. Deux samedis par mois, alternant avec le feuilleton, paraîtra un article court et concis, intitulé *Thérapeutique appliquée*, où seront résumés, d'après les symptômes, les traitements les plus modernes, tels que ceux de

l'accès de goutte aiguë, de la diphtérie, du croup, etc... Enfin le *Courrier* augmentera encore d'importance, comme il l'a fait jusqu'ici, tenant le lecteur au courant des actualités et le faisant bénéficier de nos trois numéros par semaine.

LA RÉDACTION

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Il y a quinze jours, M. Lejars avait lu à la Société un travail sur l'*hystérectomie* dans les cas de *prolapsus utérin*. M. QUENU, chargé du rapport, l'a fait hier au début de la séance. Comme on le voit, l'étude de la question soulevée ne s'est pas fait attendre et nous le comprenons, du reste, à cause de l'intérêt qui s'attache à la communication du chirurgien de Cochin.

C'est, du reste, pour défendre les idées de M. Lejars et exposer les siennes propres, qui sont la supériorité de l'hystérectomie dans certains cas de prolapsus, que M. Quenu a pris la parole. Nous ne suivrons pas le rapporteur dans l'historique de la question. Bien avant les observations de Martin (de Berlin), l'utérus avait été enlevé dans les cas de chute complète. En 1823, Langenbeck avait obéi à ces indications, mais la matrice était atteinte de dégénérescence, et, en 1867, Chopin l'avait enlevée pour un simple prolapsus. En France, c'est Richelot qui donna la première observation et s'en montra partisan; depuis, Terrillon, Gollioud (de Lyon), Doyen (de Reims), Richelot, en ont donné de nouveaux cas et l'étranger en a aussi fourni de nombreux. Y compris les cinq succès de M. Quenu et les deux opérations de M. Lejars, on arrive à un total de quarante à quarante-cinq observations connues et les avis des chirurgiens sont partagés sur l'excellence de la méthode. Elle est bonne et pour le démontrer il faut la comparer aux autres moyens adoptés, c'est-à-dire aux procédés qui consistent à refaire un périnée en rétrécissant le vagin et à ceux qui vont fixer l'utérus à la paroi abdominale antérieure par une hystéropexie.

Et, tout d'abord, la colpoperinéorraphie ne réussit pas chez toutes les femmes ; tous les tissus sont parfois dégénérés à ce point qu'il est impossible de créer un point d'appui à l'utérus. Il ne faut pas croire non plus, comme quelques chirurgiens, que c'est le poids de l'utérus qui est la cause du prolapsus et couper le col, comme on l'a fait, pour diminuer le poids de l'organe. M. Quenu a pesé les utérus prolabés qu'il a extirpés, ils ne dépassaient pas 30 grammes, ce qui n'est pas suffisant pour expliquer leur chute,

Ce sont donc les moyens de fixation, de sustentation qui cèdent, et c'est pour y remédier qu'on pratique l'*hystéropexie*. Cette opération s'impose dans certains cas chez les jeunes femmes qui n'ont pas de complications du côté des annexes ; mais, quand on a affaire à une femme ayant atteint la ménopause, l'hytérectomie est un moyen plus efficace, qui permet, en même temps, de supprimer les annexes malades et qui, pratiquée dans ces conditions, n'est pas une intervention dangereuse. Il est important pourtant de savoir quels sont les résultats définitifs ; eh bien, dans certains nombre d'observations, nous trouvons signalée une récidive de la cystocèle ou de la rectocèle, ce qui encourage certains chirurgiens à faire suivre l'ablation de l'utérus d'une ou de deux colporraphies, soit latérales soit antérieure ou postérieure. Mais, comme va nous l'expliquer M. Quenu, cela

tient peut-être au procédé opératoire. Voilà celui qu'il a adopté, qui nous paraît très ingénieux et qui lui a donné cinq succès sur des malades revues deux, cinq, huit, dix et douze mois après l'intervention.

La pratique qui consiste à faire l hémostase des ligaments larges avec les pinces et à les laisser en place est mauvaise ; car le poids des instruments empêche les parties prolabées de reprendre leur situation naturelle. Pour parer à cet inconvénient, M. Quénu fait l'hémostase des ligaments larges à l'aide de ligatures de soie ; puis, réunissant l'un à l'autre par un nœud médian les fils posés des deux côtés, il accole, en quelque sorte, les deux plaies faites sur les deux ligaments et constitue ainsi une sangle qui, par l'élasticité des tissus qui la composent ne va demander qu'à opérer son ascension dans le petit bassin. Ce n'est pas tout, les lambeaux de muqueuse vaginale sont suturés l'un à l'autre de façon à clore le vagin, et le fond de ce vagin est fixé à la sangle qui, en remontant, va l'attirer et remédier à la reproduction de la cystocèle ou de la rectocèle. On peut objecter qu'il est bizarre de voir des parties tiraillées, pendantes en dehors de la vulve où on opère, remonter petit à petit dans la cavité pelvienne. Les choses se passent pourtant ainsi, comme l'a toujours constaté M. Quénu. Il ne faut pas craindre non plus la gangrène des parties enserrées par les fils, pardessus lesquelles on a refermé le vagin. Elles se résorbent et n'ont jamais déterminé d'accident. La cicatrice se fait, au contraire, fort bien et est même assez profondément située.

Tel est le procédé recommandé par M. Quénu, qui remédie à la cystocèle et à la rectocèle, et rendra, pour lui, l'hystérectomie préférable à la ventrofixation chez les femmes qui ont dépassé la ménopause.

Cette communication va susciter une intéressante discussion dans la prochaine séance, car un grand nombre d'orateurs se sont fait inscrire.

Un membre correspondant de Nancy, M. Fevrier, prend ensuite la parole pour faire une lecture sur un cas d'*entérorraphie latérale pour anus iliaque.* Il s'agit d'un jeune malade qui fut atteint d'occlusion intestinale et chez lequel on dut pratiquer un anus contre nature Quand on voulut refermer cet anus chirurgical, on réussit à détruire l'éperon, mais on ne put fermer l'intestin. M. Fevrier opéra une seconde fois le malade, fit une laparotomie, se porta en dehors de l'anus et fit avec succès une suture latérale de l'intestin. A cette occasion, M. Berger rappelle deux cas dans lesquels il a aussi obtenu la guérison et insiste sur la nécessité de vérifier si, une fois la suture faite, on n'aura pas occasionné un rétrécissement de l'intestin, rétrécissement qui peut être évité en incisant l'éperon suffisamment. Pour sa part, le chirurgien de Lariboisière préfère agir par l'anus, sans se porter en dehors de lui. Il évite ainsi deux ouvertures faites à la paroi, ce qui permet à celle-ci de rester plus solide et de moins faciliter la formation de hernies.

Tel n'est pas l'avis de M. Michaux, qui préfère se porter résolument au delà de l'anus pour éviter toute chance d'infection. M. Schwartz cite aussi une observation dans laquelle il a eu un plein succès et pourtant il s'était borné à curetter et à aviver ainsi les bords de la muqueuse sans faire, comme le veut M. Michaux, une section nette au delà. Enfin, cette petite discussion se clôt par l'exposé d'un cas de M. Routier, dans lequel il s'agissait d'une espèce de fistule stercoro-purulente. L'entérorraphie latérale lui

réussit, mais il ne sutura pas la peau et laissa, comme le fit aussi M. Schwartz, un tamponnement de sûreté à la gaze iodoformée.

La séance s'est terminée par un rapport de M. Kirmisson, sur deux observations de M. Ménard (de Berck-sur-Mer) La première a trait à un enfant atteint *d'ostéite tuberculeuse du calcanéum* avec fistules. L'ablation sous-périostée de cet os fut pratiquée et, six semaines après, la guérison était complète et le résultat fonctionnel excellent. La réparation s'était faite sans qu'on puisse affirmer que les tissus nouveaux étaient de nature osseuse.

C'est d'une *typhlo-appendicite* qu'il s'agit dans le second cas. Ce qu'il y a de particulier, c'est qu'elle fut adressée à M. Ménard comme une coxalgie à cause de l'attitude du membre inférieur droit. Le diagnostic fut réformé sous le chloroforme, qui permit de sentir de l'empâtement dans la fosse iliaque. Une nouvelle exploration intempestive de la part d'un élève détermina des accidents péritonéaux, qui nécessitèrent une intervention immédiate. Le pus fut évacué, et M. Ménard consta a sur le cœcum, à la base de l'appendice, une petite perforation qu'il obtura par deux points de suture. L'appendice ne fut pas réséqué. Mais, dans le cours de l'opération, on vit venir le pus du petit bassin et même de la cavité péritonéale, qui fut lavée à l'aide d'une incision nouvelle, pratiquée sur la ligne médiane. On fit un drainage et la guérison fut rapide ; mais de nouvelles poussées ont apparu, ce qui pourrait bien faire penser à la nature tuberculeuse de la lésion. C'est du moins l'avis de M. Ménard et du rapporteur.

Eugène Rochard

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DES SCIENCES

De l'altération des solutions antiseptiques. — Il n'était pas sans intérêt de savoir ce que devenaient les solutions aqueuses antiseptiques abandonnées à elles-mêmes pendant un certain temps.

C'est ce qu'a fait M. Léo Vignon, qui, dans une note à l'Institut, a constaté que si on laissait à la température ambiante une solution aqueuse de sublimé au millième, préparée en dissolvant un gramme de chlorure mercurique dans un litre d'eau distillée, cette solution demeurait limpide au début et dans les premières heures qui suivent sa préparation ; mais que, au bout d'un temps qui peut varier de un à trois jours, elle donnait naissance à un précipité blanc d'abord très faible, dont la quantité allait en augmentant avec le temps. Il a déterminé ensuite les conditions de formation de ce précipité, en étudiant spécialement l'action de l'air, celle du temps, enfin le rôle de certaines substances associées au sublimé.

D'autre part, il a recherché si la présence des matières avec lesquelles on colore fréquemment les solutions de sublimé, telles que la fuchsine et le carmin d'indigo, influait sur la stabilité de ces solutions. Il a vu ainsi que ces colorants diminuaient la proportion de mercure insolubilisé pendant un temps donné, et que le carmin d'indigo donnait de meilleurs résultats que la fuchsine. Enfin, il a remarqué aussi que si l'on associait au sublimé de l'acide chlorhydrique ou des chlorures alcalins, on augmentait dans de larges proportions leur conservation.

La valeur antiseptique des solutions de sublimé étant liée à la conservation de leur

état initial, on comprend l'importance des observations de M. Léo Vignon, sans que nous ayons besoin d'insister.

Parasites dans le cancer. — M. Nepveu commence par se poser cette question. Le cancer est-il un trouble trophique ou une lésion parasitaire ? Le nombre si considérable de fins éléments qu'on aperçoit dans le cancer autorise à croire que le travail karyokinétique qui se produit dans ces circonstances ne peut seul expliquer leur présence, ni celle de certaines formations cellulaires absolument anormales.

Ces fins éléments sont des *spores* à divers degrés de développement, des *cellules sporoïdes*, des *cellules épithélioïdes* parasitaires,

Les *spores* sont, pour l'auteur, réunies en masse dans les cellules *sporifères* de divers aspects ; elles sont aussi en liberté dans les espaces plasmatiques. En se développant, elles passent par un degré de plus, *cellules sporoïdes*, pour arriver à prendre l'aspect de cellules adultes de forme épithélioïde,

Les spores et les cellules sporoïdes, au nombre de huit, dix et plus, pénètrent dans des *cellules amiboïdes*, cellules blanches des auteurs, qui sont nombreuses à la périphérie des tumeurs. Elles pénètrent aussi dans les cellules en voie de karyokinèse, dont elles infectent les produits, et enfin dans les noyaux des cellules épithéliales De là, elles tombent dans la cavité cellulaire, compriment et atrophient le noyau. Ces cellules d'origine sporique ont un cachet particulier. Les *formations nouvelles intracellulaires* qui en dérivent présentent tantôt plusieurs nucléoles, parfois des stries sur le pourtour de la cellule, autour du nucléole, parfois des spores montées sur tiges à la façon de notes musicales, etc. Les *formations libres*, provenant de spores sont, en général, extrêmement petites et comme atrophiées.

A côté de ces formations, il faut citer : des *cellules kystiques* fixées aux parois des lymphatiques, avec quatre cellules inférieures etplus, des *cellules épythélioïdes très petites* à l'intérieur d'autres cellules épithéliales bien développées et présentant aussi un noyau divisé en quatre ; des *cellules épithélioïdes très développées* et offrant quatre cellules blanches à leur intérieur, à la place du noyau original (tétragénie) L'auteur dit cellules blanches par abréviation, pour indiquer la forme arrondie, le volume : ce sont en réalité des cellules provenant de la division du noyau et essentiellement parasitaire, ressemblant aux corps amiboïdes remplis de cellules sporoïdes que nous avons décrites plus haut. Il faut citer enfin de petites cellules à gros noyaux, qui se colorent très vivement à la fuchsine phénole en solution aqueuse, réunies au nombrre de dix à douze dans une enveloppe commune, et qu'on ne trouve que très rarement. Ces petites cellules se transforment en cellules amiboïdes, avec huit à dix petits noyaux. Chacun de ces noyaux devient une très petite cellule épithélioïde ou parasitaire.

Tout cette ensemble dénote un travail particulier, qui diffère essentiellement de la karyokinèse dans ses traits les mieux établis et se rapproche de l'évolution des Sporozoaires.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement de l'angine diphtérique

(*Traitement employé à l'hôpital Trousseau*)

Après avoir successivement essayé tous les moyens proposés contre l'angine diphtérique, on emploie actuellement à l'hôpital Trousseau, d'une façon exclusive, les badigeonnages au stérésol (1) et les grandes irrigations avec de l'eau phéniquée en solution faible.

(1) Berlioz. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, juin 1893.

Dès que le diagnostic est bien établi, on commence le traitement. Ce diagnostic se fait, comme on le sait, d'après certains caractères de l'angine : Début insidieux ; température peu élevée ; malaise, tristesse, accablement ; plaques pseudo-membraneuses de dimensions variables dans la gorge ; ces plaques sont quelquefois très petites ; d'autres fois elles couvrent les deux amygdales, encapuchonnent la luette ; leur couleur est blanc grisâtre, blanc sale ; leur épaisseur est variable ; elles se reproduisent rapidement lorqu'on les enlève; écoulement nasal séro-sanguinolent (*signe très important*) ; tuméfaction ganglionnaire (cou proconsulaire dans les formes toxiques) ; pâleur de la face ; quelquefois albuminurie. L'origine de la contagion est parfois très nettement établie (épidémie familiale), etc. .

Dans certains cas, il est impossible cliniquement de porter un diagnostic ferme sur la nature de l'angine ; il faut alors faire des cultures sur sérum, lorsque cela est possible ; dans le cas contraire, *on doit considérér et traiter comme diphtérique toute angine suspecte.*

Traitement local

Le traitement par les grandes irrigations phéniquées et par les badigeonnages au stérésol, s'applique à toutes les périodes de l'affection et à toutes ses formes, bénignes ou graves, angines toxiques (diphtérie pure ou diphtérie polymicrobienne). Dans ces dernières, on insistera surtout sur les grandes irrigations phéniquées.

1° Enlever le plus possible de fausses membranes avec un petit tampon de ouate hydrophile ou antiseptique, sans faire saigner l'enfant. S'y reprendre à plusieurs reprises, si cela est nécessaire.

2° L'enfant ayant la tête légèrement penchée au-dessus d'une cuvette, injecter directement sur les parties malades, à l'aide d'un irrigateur Eguisier (jet aussi fort qne possible) la solution phéniquée tiède :

Solution phéniquée à 1 p. 150 ou pour 200.

3° Injecter de la même façon cette solution phéniquée successivement par les deux narines.

Le liquide doit sortir clair par la narine opposée à celle par où on l'injecte.

Se rappeler que la canule et le jet de l'irrigateur doivent être dirigés *direetement d'avant en arrière et horizontalement*, et non pas de bas en haut, ce qui provoque chez l'enfant des douleurs assez vives.

4° On imbibe de stérésol un petit tampon d'ouate hydrophile :

Stérésol ou vernis anciseptique
de M. le docteur Berlioz (de Grenoble)

Gomme-laque purifiée entièrement soluble dans l'alcool. ...	270	grammes
Benjoin purifié entièrement soluble dans l'alcool...........	10	—
Baume de Tolu.	10	—
Acide phénique cristallisé.............................	100	—
Essence de cannelle de chine...........................	6	—
Saccharine...	6	grammes

Alcool pour faire 1 litre de liquide.

Q. S.

Frotter ce tampon ainsi imbibé de stérésol sur les fausses membranes qu'on n'a pas pu détacher et sur la place qu'occupaient celles qu'on a enlevées. Prendre garde à ne pas laisser couler plus profondément des gouttes de stérésol.

Les badigeonnages seront répétés, suivant la gravité des cas, toutes les 2-4 heure pendant le jour et toutes les 3-6 heures pendant la nuit.

Dans tous les cas, les irrigations phéniquées seront faites régulièrement toutes les 2 heures pendant le jour, toutes les 3 ou 4 heures pendant la nuit.

L'application de ce traitement est souvent difficile à cause de l'indocilité des enfants, mais en face d'une affection aussi grave, il est permis d'employer la force si besoin est Deux ou trois personnes sont alors nécessaires pour immobiliser le petit malade et lu maintenir la bouche ouverte.

Surveiller attentivement les urines; les urines noires *sont le premier signe de l'intoxication phéniquée.* Remplacer alors les injections phéniquées par des injections au thymol ou à l'acide salicylique.

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Toniques. Alcool. Potion de Tood. Vin de Champagne, thé au rhum, quinquina.

Diurétiques pour faciliter l'élimination de la toxine diphtérique.

Injections de caféine ou de spartéine lorsque le cœur faiblit.

Ventouses sèches au niveau des reins lorsqu'il y a de l'albuminerie.

RÉGIME

Lait en abondance, œufs, bouillon, jus de viande, etc. Uniquement du lait s'il y a une albuminurie assez intense.

Lorsqu'il y a paralysie du voile du palais, ou lorsque les enfants refusent d'avaler, recourir à la soude.

BIBLIOTHÈQUE

—

Thérapeutique et prophylaxie de la diarrhée des enfants

M. le docteur Comby, dans un volume qui vient de paraître sous le titre modeste de FORMULAIRE (1), mais qui est en réalité un véritable compendium de thérapeutique infantile, a étudié les diarrhées des enfants sur différentes classes, selon qu'il s'agit d'enfants nourris au sein ou soumis à l'allaitement artificiel, ou encore de la diarrhée cholériforme, de la diarrhée du sevrage ou de la diarrhée chronique.

La diarrhée des nourrissons élevés au sein, n'exige guère qu'un traitement hygiénique, car elle dépend souvent de l'abondance du lait, de la fréquence trop grande des tétées, de la qualité du lait.

Pour celle qui se présente chez les enfants soumis à l'alimentation artificielle, il faut distinguer la diarrhée simple de la diarrhée infectieuse. Cette dernière, de beaucoup la plus importante, est caractérisée par des selles vertes, fétides et très fréquentes et dépend de la présence dans l'intestin d'un microbe spécial. Deux indications principales se présentent : changer l'alimentation de l'enfant, agir directement sur la diarrhée. Pour remplir la première de ces conditions, on coupe le lait d'eau de riz, d'eau de chaux, on donne la décoction blanche de Sydenham, l'eau albumineuse. Il faut de plus veiller avec le plus grand soin sur la pureté des liquides employés.

L'acide lactique est considéré par M. Hayem comme un remède curatif; on peut le prescrire ainsi :

Acide lactique.	2	grammes
Sirop de framboises . .	30	—
Eau distillée	100	—

Par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures pour les enfants de 3 à 12 mois. En cas d'échec, on peut recourir à l'acide chlorhydrique, 0,25 par 130 gr. de véhicule, par

(1) Ruef et Cie, éditeurs, 1894.

cuillerées à café de deux heures en deux heures, — au salicylate de bismuth, 2 gr., donné en infusion dans 60 gr. d'eau de chaux édulcorés par 40 gr. de sirop de grande consoude. Voici une formule où entre l'élixir parégorique :

Extrait de ratanhia . . .	1 gramme
Elixir parégorique. . . .	V gouttes
Eau de riz	40 grammes
Sirop de coings	30 —

On trouvera dans l'ouvrage de M. Comby un grand nombre d'autres formules, dans lesquelles entrent le laudanum de Sydenham (I goutte), l'antipyrine, le dermatol, le salol.

Il faut isoler les enfants atteints de diarrhée infectieuse, désinfecter leurs selles et exagérer les soins de propreté.

Le choléra infantile est causé soit par un bacille spécial, soit par le bactérium coli commune. Le tableau clinique est absolument celui du choléra asiatique et le traitement doit être énergique. Il est basé sur la diète hydrique ou lactée mitigée, l'emploi du cognac, du laudanum de Sydenham ; le bismuth doit être administré *larga manu*. En cas de vomissements persistants on agira par les lavements :

Eau amidonnée. . . .	50 grammes
Laudanum.	I ou II gouttes

pour un lavement.

Les lavements d'ipéca ou de nitrate d'argent (5 cent. pour 100 d'eau) peuvent être très efficaces.

Quelquefois le lavage de l'estomac, celui des intestins sauvent des situations désespérées. Contre l'algidité persistante, on recourra aux cataplames sinapisés sur le ventre, les cuisses, les mollets, on frictionnera le corps avec des flanelles chaudes, on donnera des bains chauds sinapisés, des bains de vin chaud.

Les inhalations d'oxygène, les injections d'éther répondent à la même médication. On encore recours aux injections sous-cutanées de sérum artificiel pour remédier à la déshydratation des tissus.

On évitera la diarrhée du sevrage en effectuant ce dernier d'une façon progressive en dehors de la saison chaude ; l'enfant doit avoir dépassé l'âge de 12 à 15 mois.

Dans la diarrhée chronique secondaire ou primitive, on surveillera attentivement l'alimentation et si on ne peut revenir au lait maternel ou sterilisé, au moins proscrira-t-on les légumes indigestes, les boissons irritantes. Le traitement emploie comme principaux agents le sous-nitrate de bismuth, les antiseptiques intestinaux, le calomel, etc, L'opium pourra être employé sous forme de sirop diacode, laudanum, élixir parégorique ; au-dessous d'un an on ne dépassera pas les doses de 1 à 2 gouttes de laudanum de Sydenham, 10 à 20 gouttes d'élixir parégorique, 2 à 4 gr. de sirop diacode. Encore faudra-t-il avoir soin de fractionner ces doses. De 1 à 2 ans, la dose de laudanum pourra être augmentée de 1 à 2 gouttes ; après 2 ans et jusqu'à 10 ans, on peut augmenter d'une goutte par année.

En somme, il y a, en dehors du régime alimentaire, qui est capital, deux médicaments éprouvés : l'opium et le bismuth, et on devra toujours commencer par là avant d'avoir recours aux nouvelles médications.

Nous n'avons pu que résumer bien imparfaitement les pages consacrées par l'auteur l'exposé du traitement des diarrhées infantiles. Notre brève analyse suffira cependant, à nous l'espérons du moins, pour montrer à nos lecteurs que les ouvrages du genre de

celui que vient de publier M. Comby sont l'honneur de la médecine clinique, de celle qui a fait la gloire de l'Ecole française et qui est destinée à reprendre bientôt le premier rang qu'on lui avait un moment disputé.

Les Maladies du Soldat,

Par le docteur Marvaud, médecin-principal de 1re classe de l'armée; médecin chef de l'hôpital militaire de Villemanzy, à Lyon; agrégé libre du Val-de-Grâce.—Alcan, 1893.

Cet ouvrage considérable, écrit par un médecin militaire des plus distingués et déjà connu par de nombreuses et savantes publications, rendra de grands services, non seulement à nos confrères de l'armée active, mais encore à tous les médecins que les circonstances appelleraient à servir dans la réserve ou dans l'armée territoriale.

I.—L'auteur débute par une intéressante étude de statistique: Morbidité et mortalité comparée de l'armée avec la population civile et avec les armées étrangères.

La morbidité générale nous montre les entrées annuelles à l'hôpital diminuant graduellement de 240 pour 1,000 hommes en 1880 à 200 en 1889. La mortalité générale est également diminuée depuis 1862 de 9 à 6 pour 1,000 en France, de 23 à 11 pour 1,000 en Algérie. Le chiffre de la mortalité est d'ailleurs étudié par corps d'armée, par région, par mois, et appuyé de tableaux graphiques très bien faits. Dans la comparaison avec les armées étrangères, nous voyons que l'armée allemande présente la mortalité générale la plus faible de toute les armées européennes, ce qu'il faut attribuer, en partie, à la sévérité qu'y montrent pour le recrutement les conseils de revision.

II.—Dans une seconde partie, l'auteur, passant à l'étude spéciale des maladies du soldat, commence par le groupe le plus nombreux, celui des maladies infectieuses ou microbiennes. Au premier rang, la fièvre typhoïde. La mortalité qu'elle occasionne dans l'armée est près du double de celle qu'elle produit, proportionnellement, dans la population civile du même âge; — elle devient plus fréquente partout où il y a agglomération, en particulier dans les camps, ainsi que l'auteur l'avait déjà signalé dans son *Etude sur les casernes et les camps permanents*, en 1873. — Sans méconnaître le rôle capital que joue l'eau d'alimentation dans l'étiologie de la fièvre typhoïde, comme véhicule du bacille typhique, il faut tenir compte d'autres facteurs, tels que fatigue, encombrement, surmenage, toutes causes de dépression physique ou morale qui augmentent la réciptivité individuelle et facilitent l'éclosion, quand le milieu est plus ou moins suspect.

Comme l'a dit L. Colin, *le soldat est un réactif d'une extrême sensibilité qui permet de doser la salubrité de nos principales villes de garnison.*

Depuis que l'administration militaire a pourvu de filtres Chamberland toutes les casernes qui n'étaient pas alimentées en eau de source, c'est-à-dire depuis 1888, le nombre des cas annuels de fièvre typhoïde, qui était antérieurement de 6,800, est descendu successivement à 4,400 au bout de la première année, et en 1891 il n'était plus que de 3,225.

Ces chiffres sont éloquents et indiquent la voie de prophylaxie dans laquelle il faut persévérer.

M. Marvaud avait déjà publié, en 1881, une remarquable *Etude sur la phtisie dans l'armée*, mémoire récompensé par l'Académie des sciences. Il revient dans son livre sur cette importante question.

Sur 100 décès dans l'année, la proportion de ceux dus à *la tuberculose* s'est graduellement élevée de 13,6 avant la guerre de 1870, à 16.8 pour la dernière période décennale.

Elle atteint presque le cinquième du chiffre général de mortalité. La même chose se produit dans les armées étrangères.

La cause principale paraît être *la facilité plus ou moins grande avec laquelle ont lieu l'incorporation ou l'élimination des hommes prédisposés à la phtisie.*

A signaler, le nombre moindre de cas de phtisie des troupes d'Algérie et de Tunisie, et, en France, des corps d'armée du midi, comparés à ceux du nord.

L'auteur conclut : *La proportion moyenne des tuberculeux dans l'armée est annuellement de 4 p. 1000, sur lesquels 1 succombe sous les drapeaux et 3 sont éliminés par réforme.*

La mortalité par phtisie a son maximum au printemps.

La prophylaxie naît surtout de la notion de contagiosité.

Améliorer l'hygiène du casernement, l'aération et la ventiation des locaux, et surtout *éliminer promptement par la réforme* tous les hommes atteints de phtisie, qui créent autour d'eux un foyer de contagion.

Nous signalons au lecteur les intéressants développements dans lesquels entre l'auteur au sujet des autres maladies contagieuses, et en particulier de la variole. — Relativement à la vaccination, il donne des détails sur le mode de culture, de récolte et d'emploi du vaccin de génisse, substitué à peu près partout aujourd'hui au vaccin jennérien.

M. Marvaud signale la gravité et la fréquence croissante dans l'armée de la diphtérie, en rapport d'ailleurs avec ses progrès dans la population civile, et il insiste fortement sur la nécessité de mesures prophylactiques de désinfection.

L'étude de la malaria a été transformée par les belles découvertes de Laveran. Le chapitre que M. Marvaud consacre au paludisme est l'œuvre d'un clinicien qui a su mettre à profit les faits observés pendant un séjour de plusieurs années en Algérie. On lira avec intérêt les observations relatives à des cas de mort brusques faussement attribués à des accès pernicieux.

III. — M. Marvaud étudie ensuite les maladies générales non infectieuses. Au sujet de la *faiblesse de constitution*, si importante à constater par les conseils de revision, il signale les éléments d'appréciation que l'on peut tirer de la comparaison du *poids*, de la *taille* et du *périmètre thoracique*. Nous avons nous-même étudié cette question dans la marine et il nous a paru qu'un élément non moins capital était ce qu'on peut appeler *l'indice thoracique*, c'est-à-dire *le rapport entre les diamètres tranversal et antéro-postérieur de la poitrine*, véritable mesure de la capacité thoracique.

IV. — L'auteur décrit ensuite les maladies localisées aux divers appareils (respiratoire, circulatoire, digestif, système nerveux, peau), puis les maladies alimentaires, le *scorbut*, qui tend à disparaître, et l'*alcoolisme*, qui, bien qu'étant malheureusement en voie d'augmentation dans la population civile, par suite de l'incessante et funeste multiplication des cabarets, est, au contraire, en voie de diminution dans l'armée, grâce, d'une part, à la surveillance de l'autorité militaire, d'autre part, au mode de recrutement, qui ne maintient plus de vieux soldats sous les drapeaux.

En résumé, ce livre, œuvre d'un médecin érudit et d'un observateur sagace, écrit avec clarté et élégance, sera lu avec un grand fruit et un grand intérêt par tous ceux, médecins ou administrateurs, qu'intéresse au point de vue de la santé et de l'hygiène prophylactique, l'armée cette vivante image de la nation.

Dr Poitou-Duplessy.

COURRIER

—

Congrès français de chirurgie. — Dans sa séance du 13 décembre, le Conseil d'administration, présidé par M. le professeur Verneuil, a nommé M. le docteur L. Picqué, secrétaire général, en remplacement de M. le docteur S. Pozzi, démissionnaire.

A l'unanimité, le Conseil a nommé M. Pozzi secrétaire général honoraire, en souvenir des longs services qu'il a rendus au Congrès et auxquels M. le Président a tenu à rendre hommage.

M. le docteur Guinard, chirurgien des hôpitaux, a été nommé secrétaire général adjoint.

Les réformes de l'agrégation. — Jeudi, l'Assemblée des professeurs a continué la discussion sur les nouvelles réformes de l'agrégation. Il a été décidé qu'on donnerait un coefficient à chaque examen. La médecine opératoire est conservée. Enfin, à la fin de chaque séance, des points seront donnés aux candidats; ils seront enfermés dans une enveloppe cachetée et le dépouillement sera fait à la fin du concours. Nous étudierons ces différents points dans notre prochain bulletin.

Faculté de Lyon. — Par décret, en date du 18 décembre 1893, M. Pollosson (Alexis-Maurice), agrégé libre près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur de médecine opératoire à ladite Faculté.

Hopital Necker. — On vient d'ouvrir à Necker, dans le service de M. Guyon, une nouvelle salle (salle Velpeau), dont les aménagements réalisent tous les desiderata de la science antiseptique. Les murs sont stuqués et par suite faciles à laver, le sol est élégamment carrelé. Les angles droits que forment les murs sont remplis de stuc, de façon que les coins et les nids à microbes deviennent aussi rares que possible.

A l'entrée de la salle, une vaste antichambre avec une petite pièce très utile, uniquement réservée aux vêtements des élèves, Dans le fond, se trouvent deux cabinets isolés, contenant chacun deux lits où l'on peut mettre les malades graves.

— Le docteur Legay (de Lille) vient d'obtenir de M. le Ministre de l'intérieur, sur la proposition de l'Académie de médecine, une médaille de bronze pour son travail sur l'*Hygiène de l'enfance.*

— M. le docteur Maranger est nommé médecin du lycée Charlemagne (emploi vacant).

Académie des sciences. — Prix concernant les sciences médicales :

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon. — MM. les docteurs H. Huchard, Delorme, Pinard et Varnier, de Paris. Mentions : MM. Vialet, Neumann, Fiessenger. Des citations sont accordées à MM. les docteurs Claisse, Comby, Delore, Testut et Blanc.

Prix Barbier. — MM. A. Sanson et E. Gilbert. Mentions honorables : MM. Sabouraux et Mauclaire, prosecteur à la Faculté de médecine.

Prix Bréant. — Le prix est partagé entre MM. Netter, agrégé, et Thoinot, et MM. Gimbert et Burlureaux, du Val-de-Grâce. Une mention est accordée à M. Galliard.

Prix Godard. — M. Tourneux, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Lille.

Prix Serres. — MM. Pizon, agrégé, professeur au lycée de Nantes ; Sabatier, doyen de la Faculté des sciences de Montpellier ; Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Bellion. — MM. Chabrié et Coustan, médecin-major en retraite.

Prix Mège. — M. Hergott, ancien professeur de la Faculté de médecine de Nancy.

Prix Lallemand. — M. Trolard, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger.

Physiologie. — Prix Montyon. — MM. Laulanié, Abelous et Langlois. Des mentions sont accordées à MM. Griffiths et Crié (travaux sur les champignons).

Prix La Caze. — Le prix est décerné à M. d'Arsonval, de Paris.

Prix Pourat. — M. E. Meyer, chargé de cours à Toulouse.

Prix Martin Damourette. — M. le docteur Géraud, médecin-major de 1re classe.

Statistique. — Prix Montyon. — M. le docteur Marvaud, médecin en chef de l'hôpital militaire de Villemanzy, à Lyon, pour son ouvrage remarquable sur les *Maladies du soldat, Etude étiologique, épidémiologique, clinique et prophylactique.*

L'admission des malfaiteurs dans les hôpitaux de Paris. — Au Conseil municipal, une question a été posée dernièrement par le docteur Dubois à l'Assistance publique et à la préfecture de police sur le cas d'un vieillard, M. V..., qui aurait été victime d'une erreur de la part de l'Administration. L'admission dans un hospice lui fut refusée sous prétexte qu'il avait été condamné deux fois pour vol et escroquerie. Puis M. V..., appelé au parquet, subit les épreuves de l'anthropométrie. L'honnêteté de M. V... fut ensuite reconnue. M. le docteur Dubois demande si l'Assistance publique a le droit de se procurer le casier judiciaire d'un nécessiteux. M. Davrillé des Essards estime que non. M. Peyron a déclaré qu'il avait le droit d'agir ainsi. M. Lépine explique que M. V... a été mensuré sur sa demande et que cette opération a permis de démontrer qu'il était victime d'une erreur. Finalement, une somme de 200 francs a été votée à M. V..., à titre d'indemnité.

— Sont nommés : MM. les médecins principaux de première classe Debaussaux, directeur du service de santé du 15e corps d'armée ; Marvaud, médecin-chef de l'hôpital militaire de Toulouse ; Duchemin, directeur du service de santé du 9e corps d'armée ; Mutin, directeur du service de santé de la division d'Oran.

M. le médecin principal de deuxième classe Gavoy, médecin-chef de l'hôpital militaire de Villemauzy.

M. le médecin-major de première classe Moty est désigné pour l'hôpital militaire de Lille.

Les maisons de santé libres et le secret médical. — Le Syndicat des médecins de la Seine, sur la proposition du docteur Le Blond (Albert), avait, il y a quelques mois, mis à l'étude l'importante question des Maisons de santé libres et du secret médical. La commission nommée à cet effet avait conclu qu'il convenait de faire remarquer à M. le préfet de police que l'obligation imposée par les arrêtés d'administration de déclarer la nature de l'affection des malades en traitement était en opposition avec l'article 378 du Code pénal relatif au secret professionnel.

Conformément aux conclusions de la commission, les docteurs Le Blond (Albert) et Le Baron se sont rendus le 25 novembre chez M. le préfet de police. M. Lépine leur a fait le plus bienveillant accueil et leur a promis qu'à l'avenir les directeurs de Maisons de santé libres ne seraient plus tenus à déclarer la nature de l'affection de leurs malades.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

BULLETIN

—

Les réformes de l'agrégation (1)

Les épreuves de l'admission dans le nouveau projet, dont nous avons déjà parlé, commenceront par une leçon d'une heure, véritable cours pour la préparation duquel vingt-quatre heures seront accordées au candidat.

En 1892, c'était quarante-huit heures après le sujet remis que le concurrent montait en chaire. Nous avons entendu à cette époque beaucoup de plaintes sur la longueur du temps donné pour la préparation. C'est exténué par un travail acharné de deux jours et de deux nuits que l'orateur, fourbu, prenait la parole devant ses juges ; il n'arrivait donc pas devant le public avec toutes ses qualités, et ne se rapprochait par conséquent pas des conditions dans lesquelles un professeur travaille ordinairement son cours. Comme vingt-quatre heures suffisent amplement pour préparer une leçon, nous ne pouvons qu'approuver la nouvelle réforme.

On a supprimé l'épreuve d'anatomie pathologique et avec raison. Il nous suffira de raconter comment elle s'est passée dans un concours de 1892, pour montrer son inutilité. Les candidats avaient à se prononcer sur les caractères d'un bassin ostéomalacique qui fut reconnu porter un numéro. Or, en se reportant à l'article *Ostéomalacie* du dictionnaire mis à la disposition des candidats, ils y trouvèrent sa description complète et il n'y avait pas à se tromper, le numéro était bien le même. Ceci se passe de commentaires, et avouons qu'il est presqu'impossible de trouver pour un concours la formule d'une épreuve d'anatomie pathologique.

L'examen clinique est conservé. Le candidat aura quatre heures pour préparer sa leçon de trois quarts d'heure et restera le temps qu'il voudra auprès de son malade, voilà qui est fort bien. Ajoutons que, pour l'agrégation de chirurgie, l'épreuve de médecine opératoire est maintenue.

Examinons, maintenant que nous connaissons le mode de recrutement des juges et la nature des épreuves, la façon dont se feront les nominations.

Autrefois, chaque professeur prenait des notes, et on discutait seulement au moment de l'admissibilité ou de l'admission.

Dans le nouveau projet, les points que nous réclamions dans un de nos derniers articles seront donnés après chaque épreuve ; cette décision a obtenu, du reste, une bien petite majorité de deux voix, paraît-il. Mais ces points ne seront pas discutés et affichés immédiatement après l'examen, comme cela se fait au bureau central. Si nous sommes bien renseigné, il n'y aura pas de débats; mais chaque professeur, après chaque épreuve, mettra un point vis-à-vis du nom de chaque candidat, signera son vote qui sera cacheté et mis en lieu sûr. A la fin des épreuves, on fera le dépouille-

(1) Voir *Union médicale* du 21 décembre 1893.

ment et en totalisant les points acquis on dressera la liste des admissibles puis des admis.

On voit d'ici ce qui va pouvoir sortir de l'urne. De l'avis d'un granp nombre, il est inutile de donner des points, si ceux-ci n'ont pas été discutés par les juges qui, sur le moment même, apportent des arguments pour ou contre le candidat. De plus, la sanction de l'affichage est la seule efficace. Il fait connaître au candidat la note qu'il a obtenue et le juge n'a pas à se préoccuper de la façon dont elle sera interprétée par le public, puisqu'il l'a donnée en conscience et avec l'autorité que lui apportent son savoir et sa situation. Cette façon de faire existe, du reste, depuis de longues années dans les concours des hôpitaux de Paris, publics comme celui de l'agrégation, et elle n'a jamais été le point de départ de la moindre difficulté.

Ce n'est pas tout, on a voulu donner une valeur propre à chaque examen et pour cela on a créé des coefficients, imitant ainsi ce qui se passe dans certaines écoles du gouvernement, à l'Ecole polythecnique par exemple. C'est une innovation qu'il est difficile de discuter sans connaître la cote adoptée pour chaque épreuve. Mais, d'après ce que nous avons entendu dire, c'est l'épreuve des titres qui devrait être désigné comme méritant le plus fort coefficient. S'il en est ainsi, nous regretterons le temps où toutes les épreuves étaient notées de la même façon, trouvant, comme nous l'avons déjà exprimé plus haut, que ce n'est pas dans cette partie du concours que le candidat peut le mieux montrer ses qualités de professeur.

Telles sont les principales réformes qui vont être proposées par la Faculté de médecine de Paris au ministre de l'instruction publique. Que va-t-il en advenir? Seront-elles mûres à l'époque du prochain concours? Il ne faut pas oublier qu'une année seule nous sépare de janvier 1895, mois qui, d'après les anciennes traditions, devrait être désigné pour l'ouverture du concours d'agrégation de médecine. C'est bien court, il nous semble, pour discuter, adopter et faire décréter le nouveau règlement dans les limites qu'exige la préparation au concours

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Les raisons qui nous ont engagé à adopter ce nouveau titre ont été indiquées dans le numéro du 23 décembre. Nous espérons, en donnant une forme plus personnelle et plus scientifique à ces aperçus, en augmenter la valeur et justifier l'intérêt que nos revues bi-mensuelles on paru inspirer. Nous continuerons, à tenir les lecteurs au courant de la situation sanitaire du pays, à leur faire connaître les faits relatifs à l'hygiène qui se seront produits dans la quinzaine.

Nous n'avons, pour aujourd'hui, rien de bien intéressant à faire connaître au point de vue de la santé publique. Nous devons signaler cependant une petite épidémie de *variole* qui sévit en ce moment à Paris. C'est assurément bien peu de chose, puisque depuis un mois elle n'a fait que 37 victimes sur 3,784 décès qui se sont produits pendant le même laps de temps, ce qui ne fait pas 1 pour 100 de la mortalité totale qui reste encore très sensiblement au-dessous de la moyenne ordinaire (997 décès au lieu de 1,029) ; mais elle a causé 253 entrées aux hôpitaux. Celui d'Aubervilliers

est devenu insuffisant et il a fallu utiliser d'autres locaux situés dans les fortifications et prêtés par le ministre de la guerre à l'Assistance publique.

Quelques cas de mort survenus dans les classes aisées de la société ont répandu une salutaire panique dans la population, et partout on s'est mis en devoir de se faire revacciner. L'Académie de médecine a été assiégée par la foule aux jours des vaccinations gratuites et il a fallu en doubler le nombre. Le docteur Hervieux, directeur du service, a demandé dans son zèle, au président, l'autorisation de vacciner tous les jours, les dimanches exceptés, et cette autorisation lui a été accordée avec reconnaissance.

Le ministre de l'intérieur, qui a l'hygiène dans ses attributions, a donné, comme il le devait, le bon exemple. Il a fait revacciner tout son personnel. Mercredi matin, une génisse a été amenée dans le jardin du ministère; un salon du rez-de-chaussée a été mis à la disposition des vaccinateurs et tout le monde, depuis le directeur jusqu'aux enfants des gardiens et des concierges, a subi l'inoculation préservatrice. On devrait bien en faire autant partout et profiter de l'effroi qu'inspire la petite épidémie actuelle pour revacciner la majeure partie de la population. Elle s'y prête très volontiers, peut-être parce qu'on ne lui en fait pas une obligation.

Il n'en est pas de même en Angleterre, où la ligue antivaccinale fait chaque jour de nouveaux progrès. Tout récemment, à Marylebone, trois femmes de la classe ouvrière sont venues déclarer à leur paroisse que leurs enfants étaient morts après avoir été vaccinés. On a fait une enquête sur ce cas surprenant et on a reconnu que la déclaration était fausse et que les trois mères ne l'avaient faite que pour soustraire leurs enfants à la vaccination. Elles ont été toutes trois condamnées à 50 francs d'amende, payables en quatorze jours ou à sept jours d'emprisonnement.

La variole règne également dans quelques villes de province. Elle a fait plusieurs victimes dans la prison de Saint-Lô; le préfet a fait désinfecter les locaux et les objets de literie à l'eau bouillante.

Le *choléra*, dont nous espérions être débarrassés, vient de se montrer de nouveau dans le Pas-de-Calais, aux environs de Lens, dans la commune d'Izel-les-Equerchin. Un mineur est mort le 3 décembre du choléra. Une femme qui l'a soigné est morte quelques jours après; la fille de cette femme a eu le même sort et enfin une voisine, qui leur avait prêté de la literie, a succombé comme elles et le même jour. Le maire de la commune a demandé d'urgence, à Arras, l'étuve à désinfection, et l'a fait fonctionner sur le champ. Cette réapparition n'a pas causé d'alarmes dans les pays voisins, ni provoqué contre nous de nouvelles mesures. L'Espagne elle-même a supprimé le service sanitaire qui fonctionnait à la gare internationale de Port-Bou depuis le commencement de juin.

En Europe, l'épidémie est à peu près éteinte. Elle a cessé en Hongrie, en Roumanie, et diminue en Russie d'une manière sensible. La Turquie seule continue à fournir de nombreux décès. Les statistiques, toujours inférieures à la réalité, en signalent une quarantaine par jour. L'épidémie augmente dans la Tripolitaine.

En Perse, du 12 au 20 novembre, il y a eu 1,000 décès cholériques dont 230 à Téhéran. Depuis un an, la Perse perd environ 1,500 habitants par semaine à la suite de cette maladie. Elle règne également à Ténériffe.

Quoi qu'il en soit, et quelque lenteur qu'elle mette à s'éteindre, cette épi-

demie ne peut plus nous préoccuper et l'hygiène doit porter ses regards vers l'avenir.

Bien que le choléra nous soit venu cette fois par l'Orient, il ne faut pas oublier que les épidémies antérieures ont suivi la route de la mer Rouge pour arriver en Europe, que le dernier pèlerinage de la Mecque a été plus que décimé, et que les hadjis qui en sont revenus ont semé la maladie à peu près partout. C'est de ce côté, par conséquent, que l'attention doit se porter. La conférence sanitaire de Venise y a pourvu. La convention signée le 30 janvier 1892 dans cette ville, et à laquelle l'Angleterre s'est ralliée le 9 juin suivant, comprend un ensemble de mesures protectrices rendues applicables à l'Egypte par un décret khédivial du 19 juin 1893, dont l'exécution a commencé le 1er novembre. Le conseil sanitaire international d'Alexandrie réduit de 23 membres à 18, a commencé à fonctionner, et un corps de gardes sanitaires est en voie de formation. Il aura pour mission de surveiller le transit en quarantaine du Canal de Suez et d'assurer les mesures d'isolement et de désinfection qui doivent être appliquées au lazaret des eaux de Moïse.

On continue à se préoccuper beaucoup de la contagion de la *phtisie* et à tomber à son égard dans de véritables exagérations.

C'est ainsi qu'un médecin allemand, le docteur Vollant, vient de découvrir l'origine tellurique de la tuberculose pour faire suite à celle du tétanos. Les animaux, dit-il, la contractent par inhalation en flairant le sol, et les enfants la prennent de la même façon dans les jardins publics en jouant avec la terre. Ils absorbent ainsi, par les voies respiratoires, des poussières chargées de bacilles qui y ont été déposés par les crachats des phtisiques, les bouts de cigarettes imprégnés de leur salive, la boue des souliers, les eaux d'arrosage, etc., sans compter les souillures que déposent les chiens et les autres animaux de passage. Les enfants jouent avec ces poussières dangereuses, ils les respirent, portent leurs mains à leurs bouches et contractent ainsi les engorgements ganglionnaires du cou si fréquents à cet âge et qui ne sont qu'une première étape dans la voie de la tuberculose.

M. Vollant propose, pour les en préserver, de réserver dans les jardins publics une pelouse sur laquelle ils pourraient jouer à l'aise avec leurs petits seaux et leurs petites pelles, et qui serait interdite aux adultes. On réserve bien, dit-il, un espace pour les joueurs de paume, pourquoi les enfants n'auraient-ils pas le même privilège. Rien n'est plus juste et je souscris très volontiers à cette proposition beaucoup plus, à la vérité, dans l'intérêt de la propreté que dans la crainte de la tuberculose.

Le stéthoscope antiseptique, du docteur Janovsky, dont la figure a paru dans le n° 28 du *Vratch* de 1893, répond au même genre de préoccupation. L'auteur signale l'instrument inventé par Laennec comme un dangereux propagateur des contages et il propose d'en construire en verre pour pouvoir les nettoyer, les desinfecter, et les stériliser à volonté. Ce stéthoscope, dit-il, répond aux exigences de l'antisepsie comme à celles de l'acoustique. Les bruits qu'il transmet sont plus clairs et plus éclatants et, quant à la fragilité, comme ses parois ont trois millimètres d'épaisseur, elle ne peut pas entrer en ligne de compte. Le docteur Janovsky a eu là une bonne idée ; mais la plupart des médecins continueront, je crois, à ausculter leurs malades en appliquant l'oreille sur la poitrine, et cela sans crainte des bacilles,

des pellicules et des croûtes qu'ils pourront y rencontrer. La crainte de la contagion par le stéthoscope n'est véritablement pas sérieuse et ne vaut pas la peine qu'on s'y arrête.

La stérilisation de l'eau destinée aux bains est un autre raffinement de l'antisepsie. L'idée en est venue à Hambourg, lors de la dernière épidémie de choléra. L'eau de l'Elbe était devenue tellement suspecte qu'on n'osait plus prendre de bains. Pour rassurer les habitants, les docteurs Førster et Nigland recherchèrent un moyen simple de tuer les bacilles du choléra dans l'eau. Au cours de ces recherches, ces auteurs firent les observations suivantes :

Une solution de savon de toilette ordinaire à 2,4 p. 1000 tue les bacilles du choléra en 10 à 15 minutes, le temps minimum de la durée d'un bain. Les savons salicylatés, phéniqués, etc., ne réussissent d'ailleurs pas mieux. Pour un bain de 150 litres, il faudrait 360 grammes de savon, ce qui est une quantité un peu trop considérable pour la pratique. Mais avec un savon de sublimé à 1 p. 100, les bacilles sont tués en une minute, à la dose de 0 gr. 12 de savon pour un litre d'eau. Pour stériliser en 10 minutes, il suffit de 0 gr. 06 et même 0 gr. 03 de savon pour un litre d'eau. Enfin, le sublimé seul agit encore mieux : 1 de sublimé pour 30 millions d'eau suffit, en effet, pour tuer les bacilles cholériques en 5 minutes. Pour un bain ordinaire, 5 milligrammes de sublimé donneraient donc toute la sécurité possible. Les pharmaciens pourraient donc préparer des pastilles renfermant chacune cette dose de désinfectant.

Les personnes qui sont hantées par la crainte des maladies infectieuses, peuvent recourir à ce moyen. Il est simple et peu dispendieux ; mais je ferai observer que, dans la plupart des villes qui ont une distribution à domicile, c'est de l'eau de source qu'on délivre dans les maisons et qui sert à préparer les bains et puis, si l'eau était à ce point dangereuse, il faudrait renoncer aux bains froids, car toutes les rivières sont plus ou moins polluées et la mer n'est exempte de souillures qu'à une grande distance du rivage.

Le conseil municipal de la ville de Paris vient de donner une nouvelle preuve de la sollicitude avec laquelle il s'occupe de l'hygiène de la grande ville. Dans sa séance du 15 décembre dernier, il a voté un crédit de 13,400 fr. pour l'établissement du *casier sanitaire des maisons de Paris.* La première idée de cette création remonte à 1876, époque à laquelle le Conseil municipal envoya des délégués au Congrès international d'hygiène et de démographie de Bruxelles. Ils furent frappés des heureux résultats obtenus par le bureau d'hygiène de cette ville et revinrent avec l'intention d'appliquer les mêmes mesures à l'assainissement des maisons de Paris (1),

Ces bonnes intentions ont mis longtemps à se traduire, car ce n'est que le 22 juillet 1892 qu'a été instituée, à la Direction des affaires municipales de la Préfecture de la Seine, un service central d'hygiène et de salubrité des habitations, dirigé par un inspecteur général.

On sait avec quelle distinction le docteur A.-J. Martin s'acquitte de ces fonctions. C'est lui qui a le premier formulé, d'une manière précise, la proposition d'établir le *casier sanitaire*, dans un rapport adressé au préfet de la Seine et dont nous avons eu l'occasion de parler. Conformément à ce

(1) Rapport de M. Escudier au Conseil municipal. (*Bulletin municipal officiel* du 16 décembre 1893, p. 2706.)

rapport, la sixième Commission du Conseil municipal décida que la partie fondamentale de ce *casier sanitaire* serait constituée par la description des habitations au point de vue de leurs conditions d'hygiène. On y ajoutera les indications fournies par les différents services, telles que celles des travaux ordonnés par la Commission des logements insalubres, des désinfections opérées, des changements dans la distribution des eaux, etc., etc.

Cette enquête fournira, aux différentes directions, des renseignements précieux et complètera, d'une façon efficace, l'ensemble des mesures prises, depuis quelques années, par l'administration municipale, pour la conservation et l'amélioration de la santé publique (1).

A la même époque à peu près, M. Faillet, membre du Conseil municipal, lui fit la proposition d'installer, dans chacune des mairies de Paris, un bureau d'hygiène publique auquel les propriétaires seront tenus de faire connaître les appartements dans lesquels auront séjourné des malades atteints d'affections contagieuses, qu'ils soient guéris ou qu'ils aient succombé. Le bureau prendra immédiatement les mesures nécessaires pour procéder à la désinfection des logements indiqués.

Les avantages de cette dernière mesure commencent à être compris partout. Presque toutes les grandes villes ont maintenant des étuves à vapeur sous pression et on vient d'installer à Angoulême un service de désinfection complet et fonctionnant sur le modèle de celui de Paris que nous avons fait connaître dans de précédents articles. Cet exemple sera sans nul doute bientôt suivi dans d'autres villes et les résultats ne tarderont pas à s'en faire sentir.

Jules ROCHARD

Pathogénie et prophylaxie du rein mobile (2)

Par M. LE GENDRE, médecin du Bureau Central.

Dans un grand service d'enfants, celui de M. Legroux à l'hôpital Trousseau, que je supplée depuis plusieurs mois, j'ai recherché systématiquement la mobilité des reins. Je n'ai constaté un abaissement du premier degré pour le rein gauche que chez une fille de 14 ans, ayant une dilatation de l'estomac, et des nodosités phalango-phalanginiennes des doigts en formation, grande, maigre, pâle, qui est entrée dans le service pour des symptômes pseudo-méningitiques (céphalée opiniâtre, stupeur, langue saburrale, anorexie et vomissements), accidents qui ont cédé à l'emploi réitéré du calomel. Cette fille m'a dit d'elle-même qu'elle serrait fortement son corset.

Une autre fille du même âge, mais d'un type tout différent, vigoureusement musclée et colorée, qui est entrée dans le service pour un rhumatisme articulaire aigu, se serre tellement dans son corset qu'elle en porte la trace sous forme d'excoriations et de pigmentation au niveau de la base du thorax; on ne constate pas chez elle d'abaissement rénal, mais elle n'a pas non plus de clapotage gastrique.

Parmi les enfants que j'ai examinés, plusieurs sont porteurs d'un foie volumineux, plusieurs ont une atonie gastrique se traduisant par un clapotage gastrique dans des limites extra-physiologiques. Aucun n'a de néphroptose. Je pense qu'il faut donc, pour amener celle-ci, un concours de circonstances, parmi lesquelles je place au premier rang la coexistence de la dilatation gastrique et de la constriction habituelle de la base

(1) Rapport de M. Escudier, loc. cit.
(2) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, le 22 décembre.

du thorax, la tuméfactiou du foie s'y ajoutant en général d'une façon intermittente mais n'étant pas indispensable et n'étant pas suffisante.

La PATHOGÉNIE du rein mobile me parait très complexe.

Pour l'apprécier, il faut tenir compte de toutes les circonstances étiologiques suivantes :

La néphroptose existe presque toujours chez la femme ;

Elle est exceptionnelle chez l'enfant ;

Elle ne commence à apparaître que dans l'adolescence chez les jeunes filles ;

Elle est plus fréquente chez les femmes qui ont eu des grossesses ;

Elle coïncide très fréquemment avec la dyspepsie, la dilatation de l'estomac ou l'atonie gastro-intestinale et avec l'hépatomégalie ;

Elle existe surtout chez des sujets dont les parois abdominales sont flasques, et on trouve souvent chez eux d'autres preuves de *flaccidité du tissu musculaire* strié ou lisse : phlebectasie variqueuse, crurale, hémorrhoïdale, ou généralisée, ataxie des muscles bronchiques.

Souvent la mobilité du rein est apparue après un *amaigrissement rapide* ou des *alternatives d'embonpoint et d'amaigrissement.*

Mais, si on excepte la grossesse, toutes les circonstances précitées se rencontrent dans les deux sexes. Comment expliquer la *presque immunité du sexe masculin* ?

Cette particularité étiologique, si évidente, me paraît inexplicable, si on n'admet pas le rôle considérable de la *constriction de la base du thorax* par le corset.

Je pense donc que la statistique publiée par M. Mathieu, comme mes observations personuelles, viennent corroborer la théorie pathogénique émise ici même par M. Ch. Bouchard, en 1884 ; je crois devoir rappeler, comme je l'ai fait l'année dernière à l'occasion d'une autre communication de M. Mathieu sur le même sujet, que M. Bouchard explique la néphroptose par ce fait, que les personnes atteintes d'une dilatation de l'estomac ont des tuméfactions fréquentes du foie, et que cet organe refoulerait à ce moment les fausses côtes droites excentriquement, s'il n'en était empêché par la constriction thoracique due au corset chez la femme ou quelquefois, chez certains hommes, par l'usage d'une ceinture étroitement serrée. Le foie, ne pouvant s'étendre excentriquement, refoule les viscères abdominaux voisins, et en premier lieu te rein, — qui tend ainsi à s'abaisser peu à peu.

J'ajouterai à ce qu'a dit M. Bouchard que, d'après plusieurs de mes observations, quand les choses en sont là, c'est souvent une circonstance fortuite et mécanique qui achève de précipiter le rein et de transformer le rein abaissé en rein mobile (chute sur les pieds, secousses pendant l'équitation, vomissements violents, efforts d'expulsion pendant l'accouchement, extraction subite d'une volumineuse tumeur de l'abdomen).

Il est d'ailleurs facile de concevoir qu'en dehors même de la dilatation de l'estomac et de l'hépatomégalie, d'autres circonstances, capables de faire varier fréquemment la pression intra-abdominale, puissent aboutir à un résultat semblable ; je signalerai dans cet ordre d'idées les accès multipliés de météorisme gastro-intestinal, subit et considérable, chez les hystériques et les neurasthéniques, l'amaigrissement rapide provoqué soit accidentellement par une maladie aiguë avec dyspepsie intense, ou une inhibition de l'assimilation, comme cela se voit encore chez tant de névropathes, soit volontairement par coquetterie

Mais toutes ces circonstances, suivant moi, ne sont encore que prédisposantes. Il faut y joindre, pour expliquer le déplacement des reins, un *défaut de résistance, héréditaire ou inné, des parois abdominales* et la constriction thoracique intempestive. Or la tonicité insuffisante des parois abdominales, comme l'atonie des parois du tube digestif lui-

même, — atonie qui n'exclut pas, d'ailleurs, des alternatives de spasme, — sont d'une fréquence particulière chez les arthritiques nerveux.

Ces notions ne me paraissent nullement oiseuses ; car c'est d'elles que dérive la PROPHYLAXIE du rein mobile.

Il faudrait recommander aux mères dont les filles présentent dès l'enfance, parmi les autres attributs de l'arthritisme et du nervosisme, cette atonie gastro-intestinale dont je parle, de ne leur permettre que l'usage intermittent de corsets spéciaux, dépourvus de toute armature rigide et parfaitement élastiques. On insistera sur l'utilité d'un *régime propre à prévenir le météorisme* et l'usage périodique de la strychnine.

Quand on donne des soins à une jeune femme dyspeptique, neurasthénique, surtout si elle s'amaigrit, surtout quand elle relève de couches ou d'une opération chirurgicale faite sur l'abdomen, il faut l'engager à combattre l'influence fâcheuse du corset par l'usage habituel d'une *sangle abdominale*, entièrement élastique, exerçant une pression concentrique capable de suppléer à l'insuffisance de tonicité des parois. Il faut pour cela qu'elle soit *exactement adaptée* ; ce qui est rare.

Cette ceinture sera aussi le meilleur palliatif quand la néphroptose sera réalisée.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 décembre 1893 — Présidence de M. LABOULBÈNE

Saluons l'entrée à l'Académie de M. Laveran, nommé membre de la section de thérapeutique par 59 voix ; 12 voix se sont portées sur M. Huchard, 4 sur M. Blanchard, et 3 sur M. Ferrand.

M. G. SÉE a découvert qu'un tiers au moins des malades traités pour la dyspepsie sont en réalité atteints d'enterite ; la maladie vraie échappe toujours à l'attention des confrères de M. G. Sée qui prescrivent au hasard les vins digestifs, les élixirs et d'autres drogues de la quatrième page des journaux, tandis que des spécialistes recourent en vain à de petites doses d'alcalin et au rationnement des boissons pour combattre une dilatation imaginaire. On a affaire, chez ces pseudo-dilatés, à une entérite muco-membraneuse qui occupe le gros intestin et entraîne l'évacuation de masses glaireuses rubanées ou cylindroïdes évacuées avec les selles et passant souvent inaperçues. Tout dérive, du reste, d'une constipation primitive, quelle que soit la cause de cette dernière.

Le seul vrai traitement a été établi par M. G. Sée dans les termes suivants: 1° Evacuer par les moyens mécaniques, par l'huile d'olive, le séné rectifié, les purgations étant nuisibles ; 2° calmer les douleurs à l'aide de bromure de calcium et de strontium, ou par le cannabis indica ; 3° atténuer les fermentations, la formation des gaz et des putréfactions à l'aide du phosphate, du salicylate et du bi-chlorate de soude combinés ; ne pas employer le benzonaphtol.

Le régime doit s'éloigner de celui des gastriques et il faut un peu varier les aliments selon qu'il y a constipation habituelle ou diarrhée incidente. En général, les viandes fortes, le jambon, la charcuterie, le gibier, les œufs demi-durs seront seuls digéres ; le lait difficilement ; la pomme de terre en purée ou cuite à l'eau réussit ainsi que le riz peu cuit et pigmenté ; les fruits sont sans avantage. L'eau, le thé à volonté sans rationnement, pas d'autres boissons. Le vin blanc ou rouge doit être interdit.

Et la pseudo-dilatation disparaîtra devant ce simple traitement, d'autant plus facile à appliquer que la 4e page, chère aux confrères de M. G. Sée, ne lui a fourni aucun élément. Une fois n'est pas coutume.

De la thoraco-pneumoplastie dans les affections chirurgicales de la plèvre et du poumon

M. Delagénière (du Mans). Les opérations pratiquées jusqu'à ce jour sur la plèvre et le poumon ont eu successivement pour but le retrait de la paroi thoracique dans le sens antéro-postérieur (Estlander), puis le retrait de la paroi vers le poumon rétracté. Pour opérer ce retrait, les uns pratiquent des résections étendues (Bœckel, Berger, Bouilly, Thiriar, etc...), d'autres conseillent la résection de la côte et de son périoste (Ollier); enfin, M. Quénu pratique la mobilisation de la paroi latérale de la poitrine, toujours dans le but de combler le vide thoracique avec cette paroi.

D'après l'auteur, le travail de réparation se fait aux dépens du poumon et non de la paroi; il suffit d'évacuer définitivement le contenu de la plèvre et de transformer la cavité pleurale anfractueuse en une cavité régulière, par suite facile à combler. On atteindra ce but en effaçant le cul-de-sac costo-diaphragmatique, et en drainant la plèvre dans ce cul-de-sac même. En réséquant les 6e, 7e, 8e et 9e côtes dans la plus grande partie de leur étendue, l'incision de la plèvre, suivant les cas, pourra se faire dans l'espace occupé par une des côtes réséquées et le drainage s'effectuera dans la partie antérieure de l'incision qui correspond au cul-de-sac costo-diaphragmatique.

Si à la lésion de la plèvre il s'ajoute une lésion pulmonaire, on agira sur cette lésion par l'incision de la plèvre faite comme précédemment, si la lésion siège dans le lobe inférieur du poumon. Si elle siège dans le lobe supérieur, il faudra agir sur elle par le chemin le plus court, puis traiter la plèvre en effaçant le cul-de-sac costo-diaphragmatique par la résection de la 6e, 7e et 8e côtes, et en drainant ce cul-de-sac.

L'auteur s'est constamment conformé à ces préceptes, qu'il a eu l'occasion de mettre 6 fois à exécution, 3 fois pour des affections de la plèvre (pleurésie purulente ancienne avec fistules pleuro-cutanées, pleurésie purulente tuberculeuse, pleurésie purulente), et 3 fois pour des affections du poumon (foyer de gangrène situé à la base du poumon, et nécessitant une pneumectomie partielle; kyste hydatique du poumon; abcès du poumon). Or, ces 6 malades ont tous guéri sans conserver la moindre fistule, et leur guérison s'est maintenue parfaite jusqu'à présent.

Entre temps, l'Académie, sur la proposition de M. Proust, a décidé qu'elle accordait l'autorisation aux eaux minérales par la formule suivante :

« L'Académie déclare que, dans les conditions de captage, telles qu'elles résultent des déclarations du service des mines, la composition actuelle de l'eau — seule question pour laquelle l'Académie est compétente — est telle que l'exploitation et la vente de cette eau peuvent, à son avis, être autorisées. Elle déclare, en même temps, que toute modification dans le captage et en général dans la qualité et la quantité de l'eau rendront nul le présent avis.

« L'Académie déclare aussi s'opposer formellement à ce que cette eau porte, sur ses étiquettes ou prospectus : *autorisée ou approuvée par l'Académie de médecine* ou toute autre mention analogue. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 décembre 1893. — Présidence de M. Fernet.

Ulcération tuberculeuse de la langue

M. Barié présente un malade âgé de 50 ans, qui est atteint depuis deux mois d'ulcérations de la langue; ces ulcérations ont débuté sous forme de granulations qui se sont peu à peu réunies et qui présentent tout à fait l'aspect de granulations tuberculeuses. L'examen du malade révèle, en outre, des signes manifestes de tuberculose au som-

met du poumon gauche ; il est à remarquer que ces signes n'ont paru qu'après le début de l'ulcération linguale, mais la tuberculose existait probablement à l'état latent depuis plus ou moins longtemps.

L'ulcération linguale n'a pas déterminé de troubles fonctionnels ; il n'y a pas eu d'hémorrhagies.

Le malade semble avoir eu autrefois un chancre mou ; il ne présente aucun signe de syphilis.

M. Fernet rappelle qu'il a présenté à la Société de thérapeutique un cas semblable, traité et guéri par le naphtol camphré.

M. Rendu pense qu'il s'agit bien d'une ulcération tuberculeuse ; cependant, comme on ne peut pas rejeter absolument l'hypothèse de syphilis linguale, il croit qu'un traitement spécifique énergique devrait être tout d'abord institué.

Aphasie pneumonique passagère

M. Chantemesse. — On observe, dans le cours de la pneumonie, comme dans celui de beaucoup de maladies infectieuses ou toxiques, des phénomènes d'aphasie plus ou moins durables et ayant des origines diverses: lésions méningées, ramollissements, etc., ou bien très bénins, de courte durée et ne pouvant être rattachés à une altération matérielle des centres nerveux.

C'est d'ordinaire à la fin du deuxième ou du troisième jour à partir du début de la pneumonie que se produit l'aphasie, ordinairement précédée soit de céphalalgie, d'étourdissements allant jusqu'à la syncope, soit de phénomènes vertigineux fugaces, soit d'engourdissement et de fourmillements dans la moitié droite de la face et le bras droit. Parfois ces derniers phénomènes sont nettement hémiplégiques.

L'aphasie peut débuter brusquement, sans perte de connaissance, ou bien elle fait suite à une véritable attaque apoplectiforme. Elle présente tous les caractères de l'aphasie dite ataxique, par lésion de la troisième circonvolution frontale gauche. L'intelligence, d'abord obtuse, revient au bout de quelques heures.

On constate, en outre, dans tous les cas, une paralysie du facial inférieur droit. La langue est déviée du côté droit. L'hémiplégie droite peut être complète, mais, le plus souvent, la paralysie est limitée à la face, à la langue, et au membre supérieur droit.

La sensibilité et les réflexes tendineux sont ordinairement peu modifiés.

Dans les cas intenses on observe des phénomènes vaso-moteurs, rougeur, œdème, augmentation de la température dans la zone paralysée.

Ces accidents paralytiques ne semblent pas modifier la marche de la pneumonie, à quelque période qu'ils apparaissent. Ils n'ont aucun rapport avec la gravité de l'affection.

L'aphasie est de courte durée; elle se montre dans les premiers jours de la pneumonie et atteint d'emblée son maximum d'intensité. Elle persiste quatre ou cinq jours au plus; parfois elle a disparu au bout de vingt-quatre heures. La parésie faciale cesse ordinairement avec l'aphasie; mais la paralysie des membres est toujours plus longue à disparaître.

M. Chantemesse a récemment observé un bel exemple d'aphasie pneumonique chez une femme de 77 ans. L'aphasie ne dura que quelques heures et la pneumonie eut une terminaison favorable.

La pathogénie de ces accidents est encore très obscure. On ne peut invoquer une lésion matérielle des centres nerveux, puisque la guérison est rapide.

On a accusé l'hystérie que réveillerait l'action des toxines microbiennes. Cette hypo-

thèse doit être absolument rejetée de même que celle d'une lésion profonde d'un département cérébral.

Deux hypothèses restent, qui invoquent l'action des toxines microbiennes soit directement sur les centres nerveux, soit sur la contractilité des vaisseaux cérébraux, par influence vaso-motrice, et sur la circulation qui en dépend.

De même que l'on observe des troubles vaso-moteurs de la pommette, de même se produiraient des troubles vaso-moteurs dans le territoire de la sylvienne.

Pathogénie du rein mobile

La Société a repris la discussion sur la question du rein mobile, question qu'elle avait inscrite à son ordre du jour à la suite de la communication faite par M. Mathieu, dans la séance du 8 décembre.

Nous publions *in extenso* une importante communication de M. Le Gendre sur ce sujet.

Puis, sur la proposition de M. Juhel-Rénoy et avec l'assentiment unanime de la Société, la parole est donnée à M. Glénard (de Lyon).

M. Frantz Glénard résume, sous forme de courtes propositions, l'ensemble de ses travaux sur le rein mobile.

Il croit, en résumé, que la clef de la pathogénie des maladies dans lesquelles on observe le rein mobile se trouve dans l'intestin; que la ptose intestinale est une cause de chronicité pour la maladie digestive; que dans le foie se trouve la solution du diagnostic différentiel entre l'entéroptose et les maladies qui, confondues avec elle, expliquent les objections faites à cette doctrine.

M. Glénard croit enfin que, dans l'entéroptose apparemment la plus légitime et traitée le plus rationnellement, les échecs sont dus à des complications, soit par des adhérences péritonéales, soit par des cicatrices vicieuses de la muqueuse intestinale. Ce sont ces complications dont il importe de déceler l'existence, soit par les anamnestiques, soit parfois par les signes objectifs.

M. Mathieu ne partage pas sur tous les points l'opinion de M. Glénard; en particulier, sur l'étiologie de la néphroptose. En outre, il croit que certains symptômes attribués par M. Glénard à l'entéroptose relèvent directement du rein mobile.

COURRIER

—

Concours de l'externat. — *Questions posées* : Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë; symptômes et complications du rhumatisme articulaire aigu ; fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Les épreuves, interrompues par les vacances du jour de l'an, ne recommenceront que le mardi 9 janvier à 4 heures,

Rejet du projet de création d'un institut médico-légal. — Il y a trois ans, le Conseil général de la Seine avait proposé la création à Paris d'un institut médico-légal.

Ce projet a depuis été étudié par les hommes les plus compétents en la matière, MM. Brouardel, et Guillot, juge d'instruction, réunis à un certain nombre de membres du Conseil. Ils ont fait un examen approfondi de la question et ont montré combien cette création répondait à un besoin réel. L'Etat s'était engagé à payer la moitié de la dépense, et les Chambres avaient approuvé le gouvernement. Il semblait donc que cette création devait marcher toute seule.

Il n'en a rien été, la création de l'Institut médico-légal vient d'être repoussée par le

Conseil général de la Seine à 46 voix de majorité contre 21, et voici une des raisons données par un des membres :

« J'ai voulu savoir, s'est écrié l'un des membres du Conseil, quels services pourrait rendre en province l'Institut médico-légal. J'ai consulté des médecins ayant exercé pendant vingt ou trente ans. Aucun d'eux n'avait fait plus de trois constatations médico-légales. La dépense correspondrait-elle au peu de service qu'on pourrait rendre ? »

MŒURS AMÉRICAINES. — A Kansas City, une Société médicale de protction vient de s'organiser. Les médecins de la ville, au nombre de 300, ont presque tous adhéré à cette association, dont un des buts est la formation d'une *liste noire* comprenant les personnes qui ne payent pas leur médecin.

La liste divise les clients en deux catégories : ceux qui ne payent qu'à la longue et ceux qui ne payent jamais.

Chaque mois, cette liste est dressée, imprimée et envoyée aux associés.

Les membres de la Société s'engagent, à moins d'urgence, à ne donner leurs soins aux personnes inscrites sur la liste qu'après payement préalable de la visite.

PAQUET DE PANSEMENT DE L'ARMÉE. — En temps de guerre, chaque soldat porte dans une poche spéciale un « paquet individuel de pansement ». Celui en usage dans l'armée française est composé d'étoupe purifiée entourée de gaze, d'une compresse et d'une bande de même tissu, d'un inévaporant et d'épingles de sûreté ; le tout bichloruré et recouvert d'une enveloppe de cotonnade sur laquelle est collée une étiquette indiquant la composition et le mode d'emploi du contenu qui peut servir à deux pansements. Les dimensions du paquet de pansement sont de 0 m. 12 de long sur 0,015 d'épaisseur.

ARRÊT DU CONSEIL D'ETAT SUR UN CAS DE PENSION MILITAIRE. — Voici un arrêt rendu par le Conseil d'Etat qui ne manque pas d'un certain intérêt.

Un nommé Blandanet, ancien soldat au 16e bataillon d'artillerie de forteresse, ayant été atteint (à la suite d'un refroidissement contracté au corps), d'une ankylose du genou droit, avait présenté une requête tendant à l'annulation d'une décision du ministre de la guerre qui rejetait sa demande de pension ; le Conseil d'Etat a rendu l'arrêt suivant :

« Attendu qu'il résulte de l'instruction et notamment des avis exprimés par le conseil technique de santé que le sieur Blandanet est atteint d'une ankylose complète du genou droit avec atrophie notable de la cuisse ; que cette infirmité provient d'un refroidissement contracté, le 9 janvier 1891, au cours d'un service commandé ; qu'elle est grave et incurable et qu'elle met le requérant hors d'état de service et de pourvoir à sa subsistance ;

« Que, dans les circonstances, le sieur Blandanet est fondé par application des art. 12 et 14 de la loi du 16 avril 1831, à réclamer l'allocation d'une pension.

« La décision du ministre de la guerre est annulée.

« Le sieur Blandanet est renvoyé devant le ministre de la guerre pour y être procédé à la liquidation de la pension à laquelle il a droit. »

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

*Les ateliers étant fermés à l'occasion du Jour de l'An, l'*Union médicale *ne paraîtra pas mardi 2 janvier.*

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

Dernière séance de l'année, consacrée en partie aux élections du bureau. Tous les suffrages se sont portés sur M. Lucas-Championnière, qui devient président pour l'année 1894, et sur M. Théophile Auger, qui a été nommé vice-président.

Après la lecture faite par le secrétaire général d'une *splenectomie* pratiquée par M. Heurtaux, de Nantes, pour une *culbute de la rate* dans la fosse iliaque droite avec accidents de torsion du pédicule, observation curieuse à rapprocher de celles de Rokstansky et de Richelot, la discussion sur la *hernie musculaire* est reprise.

On sait combien la présence d'un ostéome est fréquente dans les cas de rupture d'un muscle et combien sont étroits les rapports qui unissent ces deux affections, c'est ce que vient exposer M. Berger à la tribune, en retraçant le cas intéressant d'un de ses amis qui, en enfourchant un cheval, sentit un craquement et une douleur dans la région des adducteurs et vint le consulter. Il n'y avait qu'un mois d'écoulé depuis le début de l'accident et, pourtant, au milieu de la tuméfaction, M. Berger sentit fort bien un petit noyau dur, immobilisé pendant les contractions et donnant tous les symptômes de l'ostéome.

Ces tumeurs peuvent se développer dans les muscles de deux façons différentes : lentement, graduellement et ne se manifestant qu'après avoir acquis un certain volume ou bien dans le plus grand nombre des cas, brusquement, à la suite d'un accident dans un effort. Ici, la pathogénie est facile à comprendre, il y a myosite ossifiante après rupture musculaire ; mais dans les observations où l'évolution est rapide, où les productions sont multiples, symétriques, où l'ostéome est formée au bout d'un mois, comme dans l'observation qui vient d'être citée, ou en 24 heures comme dans le cas de Thiriar, il faut chercher une autre explication et la seule convenable est l'arrachement d'une parcelle osseuse. Cette pathogénie a, du reste, été déjà adoptée, notamment par Orloff, qui fait intervenir le périoste et compare ce qui se passe à la formation d'un cal. Ne voit-on pas, du reste, des ffagments osseux être arrachés sur les os plats, l'acromion séparé de l'omoplate, par exemple, et pourquoi les mêmes lésions ne se produiraient-elles pas au niveau de la branche ischio-pubienne.

La théorie émise par M. Berger est appuyée par M. Delorme qui montrera dans la prochaine séance, une pièce très démonstrative. Il s'agit d'un ostéome considérable contenu dans l'adducteur superficiel, faisant corps

avec le fémur, mais pouvant cependant en être détaché. L'orateur revient alors sur la communication de M. Michaux, et reprend la théorie émise par Farabœuf caractérisant la hernie musculaire par les traits suivants : elle disparaît pendant la contraction et la distension passive. Il examine ensuite les expériences de Guinard et les a reproduites le matin même sur des lapins ; il a pu produire des hernies musculaires sur des muscles à aponévroses épaisses comme les grands fessiers et la masse sacrolombaire, ce qui confirme les idées de Farabœuf ; mais n'a pu les déterminer sur les muscles adducteurs. La clinique, du reste, corrobore ces faits, car M. Delorme se souvient avoir vu chez le professeur Verneuil un homme à qui on avait lié la tibiale antérieure et qui portait une hernie musculaire consécutive.

Comme on le voit, la question est délicate, et M. le professeur Le Dentu revient sur les idées émises par M. Berger. Pour lui, il est très important, avant de conclure à l'arrachement osseux, d'être fixé sur le siège exact de l'ostéome. Il est très facile, en effet, de confondre cet arrachement avec une myosite ossifiante qui atteint l'os et au bout de quelque temps se soude à lui. Il se souvient avoir vu à Berlin un malheureux hernié qui représentait une statue de pierre ; tous ses muscles étaient ossifiés, seul ce qu'il fallait de son diaphrage pour la respiration avait été conservée.

Dans son service, il a vu plusieurs de ces myosites ossifiantes et il a été frappé de la rapidité de leur évolution. Il ne faut donc pas attacher une trop grande importance à la vitesse du développement de ces ostéomes.

La discussion se termine comme elle avait commencé, par l'intervention de M. Michaux, qui ne veut toucher que deux faits. D'abord l'ostéome musculaire. Il en a opéré un et le microscope a démontré que le noyau osseux était formé de deux parties d'os vrai et d'os provenant du tissu osseux. C'est intéressant, mais malheureusement on ne peut tirer de ce fait une conclusion au sujet de la pathogénie. En second lieu, ce qu'il s'est efforcé de distinguer, c'est la véritable hernie musculaire de la pseudo-hernie ; car il lui a semblé que dans les observations il existait une confusion véritable. Il s'est basé sur son intervention et, quoiqu'en dise M. Delorme, dans son cas, il a bien regardé, même profondément, puisqu'il a réséqué une parcelle du muscle et il n'a pu constater la moindre rupture musculaire.

Et, maintenant, à l'annéeprochaine ; c'est la discussion de l'hystérectomie dans le prolapsus qui fera le sujet de la première séance.

Eugène Rochard

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance de décembre 1893

Hépatite expérimentale

M. Charrin a montré que l'on peut provoquer des lésions du côté du foie en introduisant dans l'organisme des toxines pyocyanique, de préférence par la veine porte. Tontôt les toxines manquent ou sont minimes, tantôt elles sont très profondes. Il en est ainsi dans un foie de lapin que présente M. Charrin ; l'animal a reçu, à plusieurs reprises, des injections de toxines pyocyaniques insolubles dans l'alcool et stérilisées

à 72°. La surface du foie est parsemée de granulations qui ressemblent à celles du foie clouté et la cirrhose de Liénard que, cependant, les lésions histologiques ne rappellent en rien. En effet, on remarque des îlots de cellules embryonnaires, disséminés çà et là, mais dont aucun n'a commencé à se tranformer en fibres. Les cellules sont d'aspect varié. Il y en a de normales, d'autres renferment des granulations, enfin beaucoup ont le réseau chromatique de leur organe altéré et cette altération aboutit à la mort de la cellule. Le poids de l'organe est de 74 grammmes ; il dépasse donc la normale de 24 grammes.

M. Hanot a trouvé des granulations infectieuses chez l'homme, principalement chez des tuberculeux. M. Charrin les a rencontrées chez deux phtisiques et un varioleux. Aucun de ces malades n'était alcoolique.

Le foie peut donc devenir granuleux en dehors de l'action de l'alcool et sans qu'il y ait la moindre sclérose.

Action pyrétogène de certaines toxines

M. Charrin insiste sur ce fait qu'il y a déjà longtemps que M. Bouchard a montré que l'on peut déterminer chez des tuberculeux des accès de fièvres par d'autres toxines que celles des bacilles de Koch. Les cultures stérilisées du bacille pyocyanique entraîne la production non seulement de l'hyperthermie, mais encore de la congestion, des troubles sous-moteurs, en un mot de tous les phénomènes de la réaction. En provoquant des phénomènes de réaction chez des animaux nerveux à l'aide de la pneumo-bacilline, ou réaction du germe de la péri-pneumonie, M. Arling a exprimé un fait déjà connu.

Action de l'acide lactique sur le chimisme stomacal

MM. Gilbert et S. A. Dominici ont étudié chez trois chiens, dont l'un avait été pourvu d'une fistule gastrique, l'action de l'acide lactique sur le chimisme stomacal.

Des expériences très multipliées ont montré que cet acide entrave le travail de l'estomac. Son action est d'autant plus marquée que la dose en est plus élevée, et lorsque celle-ci est portée à 4 grammes le chimisme est absolument annihilé.

Les effets de l'acide lactique ne sont, d'ailleurs, que transitoires. Peu à peu, et plus ou moins tardivement, selon la dose d'acide, naissent et s'effectuent les processus normaux, si bien que, lorsque, par exemple, 4 grammes ont été administrés, le travail chimique atteint, au bout de la troisième heure, le point où le conduit en une heure la fonction physiologique.

L'emploi de l'acide lactique permet donc de réaliser une véritable bradypepsie et l'on conçoit que la thérapeutique puisse rationnellement l'utiliser dans les dyspepsie marquées par une digestion gastrique hative suivie d'une prompte évacuation du chyme dans l'intestin.

Angiocholite et cholécystite typhiques expérimentales

MM. A. Gilbert et S. A. Dominici. — On sait que, dans la fièvre typhoïde, le bacille d'Eberth est capable de remonter le cours de la bile et d'occasionner des lésions de la vésicule et des canaux biliaires (Gilbert et Girode, Dupré, Chiari).

Expérimentalement, MM. Gilbert et Dominici ont réalisé l'infection de la bile en injectant des cultures du bacille d'Eberth dans le canal cholédoque du lapin, selon le procédé de M. Roger, et ils ont provoqué ainsi la production d'angiocholites et cholécystites caractérisées.

La mort est la conséquence rapide des inoculations : elle peut être précédée d'ictère.

A l'autopsie, le foie se montre considérablement augmenté de volume, semé de foyers nécrobiotiques et purulents. La vésicule est épaissie, remplie de pus.

L'examen histologique du foie permet de reconnaître l'existence de lésions variables selon les points examinés. Là où l'action microbienne s'est exercée faiblement, existent uniquement des lésions irritatives : tuméfaction et multiplication de l'épithélium biliaire, infiltration de la paroi conjonctive des canaux biliaires et des espaces portes par des cellules rondes et fusiformes, nodules embryonnaires péri-canaliculaires. Là où cette action a été plus énergique s'ajoute aux lésions précédentes la nécrobiose des éléments du foie le plus hautement différenciés et les plus délicats : les cellules hépatiques. Là, enfin, où elle a été violente et brutale s'est produite la mortification en masse des tissus.

Dans la vésicule, les lésions ne sont pas moindres : l'épithélium de revêtement et les glandes sont totalement détruites et la muqueuse est remplacée par une couche de cellules rondes, nécrobiosées par places, dans laquelle on peut reconnaître aisément la présence des bacilles inoculés.

Ulcère gastrique expérimental par toxine diphtéritique

MM. Enriquez et Hallien ont pu provoquer des lésions ulcéreuses de l'estomac par des inoculations sous-cutanées de toxine diphtéritique.

Chez les cobayes, les lésions siègent presque exclusivement dans la région pylorique et au niveau de la petite curbure et consistent en ulcérations multiples: les unes, petites, et régulièrement arrondies ; les autres, plus étendues, à contour irrégulier. A côté de ces ulcérations différemment constituées existent des plaques grisâtres de cystocèle faciles à détacher, qui représentent le stade initial du même processus. A l'examen histologique, on constate que les plaques de cystocèle aux contours nettement dessinés occupent presque toute l'épaisseur de la muqueuse ; elles reposent sur la couche profonde de cette dernière, qui est fortement congestionnée et infiltrée de cellules rondes ; mêmes altérations sur les bords latéraux au voisinage immédiat droit du bloc nécrosé, — au niveau de ces altérations, épaississement et inflammation de la tunique sous-muqueuse avec endartérite manifeste.

L'altération de la muqueuse correspond exactement comme territoire aux lésions très évidentes de la couche sous-muqueuse et surtout des vaisseaux ; l'ulcération est probablement secondaire à l'artérite toxi-infectieuse.

MM. Enriquez et Hallion ont rapproché les ulcères gastriques qu'ils ont observé chez les animaux de l'ulcère simple de l'homme.

Plusieurs observateurs, notamment M. Latulle, tendent à attribuer un rôle important à l'infection dans la pathogénie de certains cas d'ulcères ronds. MM. Cornil et Chauffard ont découvert des ulcérations de l'estomac consécutives à la fièvre typhoïde ; MM. Latulle et Widal, en signalant la présence du streptocoque dans des vésicules thrombosés répondant à des altérations gastriques d'origine puerpérale, ont fourni à l'appui de cette thèse des arguments importants. Enfin, dans le domaine expérimental, on a réussi à déterminer des ulcérations gastriques par l'injection intra-vasculaire de pus (Fournier et Lébert), par l'injection intra-péritonéale de staphilocoques (Letulle), enfin, par l'injection intra-péritonéale et intra-stomacale d'un bacille rencontré dans quelques cas de dysenterie (Chantemesse et Widal).

Les expériences de MM. Enriquez et Hallien démontrent qu'en l'absence de toute action locale des microbes, l'ulcération peut résulter de l'action exclusive d'une toxine microbienne, altérant primitivement, tout porte à le croire, les vaisseaux de la couche sous-muqueuse.

Pathogénie de la scarlatine

M. A. Bergé regarde la scarlatine comme une infection locale due au streptocoque. Dans la scarlatine commune, qu'on pourrait qualifier de scarlatine amygdalienne, le streptocoque se cultive dans les cryptes de l'amygdale et y sécrète vraisemblablement une toxine « érythémogène » dont la diffusion dans l'organisme produit l'éruption cutanée et muqueuse, par une action comparable à celle de diverses substances toxiques connues. La scarlatine puerpérale et la scarlatine traumatique résultent de l'infection streptococcique locale de la plaie utérine ou de diverses autres plaies muqueuses ou cutanées, exception faite des coïncidences morbides et des cas de scarlatine amygdalienne qui peuvent se rencontrer au cours de certaines épidémies de fièvre puerpérale et qu'explique suffisamment l'existence de l'agent infectieux commun : le streptocoque.

M. Bergé base ses conclusions sur les arguments suivants :

La succession de l'éruption à l'amygdalite dans la scarlatine commune; la révélation possible de cette amygdalite même dans les cas, d'ailleurs très rares, où celle ci peut être méconnue ; l'existence d'une scarlatine, celle-là réellement sans amygdalite, d'origine utérine ou traumatique ; l'existence des scarlatines sans éruption, dans lesquelles l'amygdalite streptococcique et ses complications spécifient seules la maladie, la constance du streptocoque dans l'amygdale des scarlatineux ; la nature streptococcique des complications de la scarlatine; les rapports de la scarlatine avec l'infection puerpérale, et, enfin, la démonstration facile de la propriété « érythémogène » du streptocoque (éruptions pyohémiques, érythèmes infectieux d'origine bucco-pharyngée, etc.).

FORMULES CHIRURGICALES

De quelques formules pour l'emploi de l'iodoforme, données par M. Terrier à son cours d'opérations et d'appareils.

GAZE IODOFORMÉE

Imprégner une pièce de 10 mètres de gaze sans apprêts, préalablement stérilisée par l'ébullition dans la solution suivante :

Ether sulfurique.........	700	grammes
Glycérine...............	100	—
Iodoforme..............	50	—

Exprimer et suspendre en l'air dans une pièce obscure, chauffée à 30°.

SOLUTION ÉTHÉRÉE D'IODOFORME POUR INJECLIONS

Ether sulfurique.........	95 ou 90
Iodoforme...............	5 ou 10

VASELINE IODOFORMÉE

Vaseline blanche.........	90 ou 96 ou 97 grammes
Iodoforme porphyrisé	10 ou 4 ou 3 —

COLLODION IODOFORMÉE

Collodion................	10 grammes
Iodoforme...............	1 —

CRAYONS IODOFORMÉS (durs)

Formule de l'hôpital Bichat

Iodoforme pulvérisé.......	10 grammes
Gomme adragante..	0 gr. 50
Glycérine pure	q. s., le moins possible.
Eau stérilisée..........	

CRAYONS IODOFORMÉS (mous)

Iodoforme	8 grammes
Gélatine ou beurre de cacao.	2 —

POUDRE COMPOSÉE DE LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Iodoforme...............	ââââ
Poudre de benjoin........	
Poudre de quinquina......	
Carbonate de magnésie....	
Essence d'eucalyptus... ..	q. s.

Elle masque l'odeur de l'iodoforme et avec avantage dans la désinfection des pédicules après l'hystérectomie extra-péritonéale dans les fractures compliquées et dans toutes les plaies ayant une mauvaise odeur.

COURRIER

—

— M. le médecin-inspecteur Kelsch est maintenu dans ses fonctions de directeur de l'Ecole du service de santé militaire et de membre du comité technique de santé.

— M. le médecin-inspecteur Chauvel est nommé directeur du service de santé du 19e corps d'armée à Alger, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Guillemin, décédé.

— Les médecins-majors de 2e classe, dont les noms suivent, ont été nommés à l'emploi de répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire, savoir :

M. Sieur, surveillant à ladite école (anatomie normale et pathologique). — M. Boisson, du 72e régiment d'infanterie (pathologie interne et clinique médicale). — M. Rioblanc, surveillant à ladite école (pathologie externe et clinique chirurgicale). — M. Ferrier, du 155e régiment d'infanterie (matière médicale, thérapeutique, hygiène et médecine légale).

Hopitaux de Lille. — Le concours de l'internat et de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes. — MM. Lambret, Defaux, Déléarde, Gugelot, Tonnel et Lefebvre.

Externes. — MM. Gérard, Gossart, Dassonville, Poiret, Ch. Dubois, Baudelot, Gallois, Bierent, Dransart, Breton, Julien, d'Hardiviller, Mascart, Caumartin, Boulogne, Lemaire, Herlemont, Vanheeger, Verny, Baude, Sagot, Nouveau, Duval, Cache, Vienne, Louart, Moraux, Gorique, Marsat et Petit.

Hopitaux de Marseille. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Pujol, Bonifay, Dussaud et Heckel.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME LVI

(TROISIÈME SÉRIE)

JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE ET DÉCEMBRE 1893.

A

D

P

Q

R

S

T

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Imp. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.